Rok XLVII. Kraków, dnia 17. października 1908. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

O bezmoczu odruchowym [1]).

Napisał

Dr Adolf Eugeniusz Klęsk
b. I asystent kliniki.

Kilka przypadków bezmoczu odruchowego, spostrzeganych w klinice chirurgicznej w Krakowie, skłoniło mnie do przeprowadzenia w tym kierunku badań, jakoteż doświadczeń na zwierzętach, których wynik podaję poniżej.

Kilka może być przyczyn nie odchodzenia moczu drogą naturalną, a mianowicie: 1) zatrzymanie odpływu moczu, 2) mocz skąpy *(oliguria)*, 3) nowe drogi dla odpływu moczu, 4) bezmocz.

Z przyczyn, wywołujących zatrzymanie lub też utrudnienie odpływu moczu najczęstsze są:

I. Utrudnienie wskutek przeszkód mechanicznych:

a) w cewce samej (zwężenia, przerost lub nowotwory gruczołu krokowego, znaczne obrzmienie błony śluzowej, kamienie, skrzepy krwi, urazy i t. p., wreszcie skutki operacyi na cewce lub w jej najbliższem sąsiedztwie);

b) w pęcherzu moczowym (kamienie, nowotwory pęcherza, lub gruczołu krokowego i sąsiedztwa, obrzęk wskutek stanów zakaźno-zapalnych, zwłaszcza w około ujścia pęcherzowego cewki lub moczowodu, przemieszczenie pęcherza do przepukliny, pochwy i t. p.);

c) w moczowodach (zatkanie przez kamienie, skrzepy krwi, włóknik, śluz, ropę, skręty, ucisk od zewnątrz i t. p.).

II. Utrudnienie, wywołane przez przyczyny, działające drogą ośrodkowego układu nerwowego (wybroczyny w mózgu, uraz rdzenia, wogóle choroby układu nerwowego ośrodkowego).

II. Utrudnienie, wywołane przez jednoczesne współdziałanie przyczyn mechanicznych i nerwowych (brak kurczliwości pęcherza, urazy, które zadziałały na okolicę pęcherza i cewki, n. p złamania miednicy, zwichnięcie biodra, zabiegi operacyjne w dolnych częściach brzucha, na odbytnicy, kroczu, w pachwinach i t. d.).

Wogóle mówiąc, zatrzymanie moczu może być: zapalne, kurczowe, wskutek zwężeń, poraźne, urazowe, mechaniczne lub odruchowe.

[1]) Wypowiedziane częściowo jako odczyt na Zjeździe lekarskim we Lwowie w r. 1907.

W przypadkach tych nerki wydzielają mocz i o ile światło moczowodu nie jest zamknięte, pęcherz wypełnia się mniej lub więcej tak, że mocz w ten lub inny sposób na zewnątrz wypuścić można.

Przejściem od zatrzymania moczu do bezmoczu jest moczenie skąpe. Mocz wydziela się tutaj z nerek, lecz w tak małej ilości, że nie dochodzi do wypełnienia pęcherza i chory z powodu braku potrzeby oddawania moczu nie oddaje go wcale. Brak moczu w pęcherzu może mieć znów dwa źródła: 1) Mocz wydziela się z nerek, lecz do pęcherza dostać się nie może. 2) Mocz nie wydziela się zupełnie z nerek. Tylko ta druga postać jest w całem tego słowa znaczeniu bezmoczem.

Bezmocz odruchowy, o którym mówić zamierzam, jest znowu osobną postacią bezmoczu, a określić go możnaby najlepiej w ten sposób: Bezmocz odruchowy jest to powolnie, lub częściej nagle występujące zupełne ustanie wydzielania moczu z obu nerek, mimo, że możność wydzielania i odpływu moczu w jednej przynajmniej nerce jest prawidłowa lub nie wiele zmieniona. W razie obecności jednej tylko nerki może w podobnych warunkach wystąpić i w niej bezmocz odruchowy.

Wydzielanie się moczu z nerek jest czynnością, zależną od układu nerwowego. Przecięcie nerwów w okolicy naczyń nerki, wywołuje zwiększenie ilości moczu, podobnież przecięcie nerwu trzewnego, natomiast drażnienie tegoż nerwu wywołuje zmniejszenie się ilości moczu. W nerwach współczulnych biegną włókna, wywołujące zwężenie naczyń nerki, to też drażnienie ich wywołuje moczenie skąpe, a często i bezmocz. W nerkach młodych myszy i królików przebiegają nerwy naczyniowe (Retzius) wspólnie z tętnicami międzyzrazikowemi, otaczając je siatkowato. Unerwiają one mięśnie gładkie tętnic i dochodzą do kłębków. Kanaliki nerkowe nie mają natomiast specyalnych włókien nerwowych. Ośrodek nerwów naczynio-ruchowych leży na dnie IV. komory tuż przed początkiem nerwu błędnego. Nakłucie tego miejsca wywołuje zwiększenie się ilości moczu; podobnie zatrucie tlenkiem węgla. Niektórzy, jak n. p. Lehrwald, zaprzeczają istnieniu nerwów wydzielniczych nerki.

Ilość wydzielanego moczu stoi w związku, a raczej głównie zależy od ciśnienia krwi. Wzmożenie ciśnienia w naczyniach zwiększa ilość wydzielanego moczu i odwrotnie. Im ciśnienie filtracyjne w kłębach jest silniejsze, tem też więcej moczu się wydziela. Dlatego wydziela się mocz obficie u osób z podniesioną akcyą serca i z pełnem, twardem

tętnem, skąpo zaś u osób z tętnem nikłem. Z moczeniem skąpem łączy się zwykle i białkomocz, gdyż białko tem łatwiej przechodzi do moczu, im dłużej krew styka się ze ścianami naczyń kłębków. Zwężenie obwodowych naczyń krwionośnych (oziębienie skóry, zawijanie opaskami i t. p.) zwiększa również wydzielanie moczu. Prócz parcia krwi na wydzielanie moczu wpływa także ilość krwi, przepływającej przez nerki. Zwiększa się więc ilość moczu przy wzmożonej akcyi serca i większem napełnieniu tętnicy nerkowej. Natomiast chwilowe nawet zaciśnięcie tętnicy nerkowej zmniejsza ilość moczu, jak również zamknięcie odpływu krwi przy ucisku żyły. Ciśnienie w tętnicy nerkowej jest znaczne: wynosi 120—140 mm.

Zachodzi pytanie, czy i z innych nerwów (prócz brzusznych) można wywołać pewien odruch co do wydzielania się moczu. Masius otrzymywał u zwierząt bezmocz obydwóch nerek, drażniąc obwodowy koniec przeciętego, w szyjnej części, nerwu błędnego. Cohnheim i Roy wywoływali doświadczalnie u zwierząt bezmocz przy drażnieniu dośrodkowego końca nerwu kulszowego, przyczem naczynia nerki kurczyły się tak, że nerka stawała się o 12% mniejszą. Doświadczenie podobne wykonywałem także i zauważyłem nagłe ustanie wydzielania się moczu przy drażnieniu nerwu kulszowego, ale tylko jako zjawisko chwilowe (por. doświadczenia); zmniejszania się nerki nie spostrzegałem. Reinhard-Caspar przytacza przypadek 13-dniowego bezmoczu przy poronieniu, po przepłukiwaniu macicy kreoliną i uważa ten bezmocz za odruch, powstały z macicy. Peyer wspomina o bezmoczu wskutek tyłozgięcia macicy, przyczem dodaje, że nie było mechanicznej przeszkody, ani ucisku, a po ustaleniu macicy mocz zaczął się wydzielać prawidłowo. Tenże autor uważa nawet »nerkę ciężarną« *(ren gravidarum)* (przynajmiej jej niektóre przypadki) za odruchowe cierpienie nerek, gdyż występuje ono bez gorączki i po porodzie często znika bez śladu. Opisano też liczne przypadki bezmoczu po przepłukiwaniach macicy sublimatem i karbolem. Jako jeden z częstszych odruchów spostrzegać można bezmocz, powstały po pierwszem cewnikowaniu. Niektórzy tłómaczą ten objaw obrzmieniem brodawek nerkowych wskutek nagłego opróżnienia pęcherza. Guyon przytacza przypadek bezmoczu, trwający 4 dni, po wkraplaniach azotanu srebra do pęcherza. Bezmocz, zależny od nerwów obwodowych, spostrzegać też można przy złamaniach miednicy, zwichnięciach i zapaleniach stawu biodrowego, a czasem przy amputacyach kończyn dolnych. Drażnienie ścian pęcherza, lub zbytnie rozciąganie jego ścian wywołuje też często moczenie skąpe, a nawet bezmocz, jak to zdarza się przy kamieniach, owrzodzeniach i ciałach obcych. Tak n. p. spostrzegaliśmy w klinice u starszego człowieka przypadek, w którym ilość moczu na dobę wynosiła 300—600 cm³. Mocz był ropnokrwawy. Próby nerkowe i kryoskopia krwi zmian nie stwierdzały, a badanie zgłębnikiem i cystoskopem wykryło duży kamień. Zaraz po skruszeniu ilość moczu zwiększyła się ogromnie (do 3000 gm) i zmiany ustąpiły. Cierpienia gruczołu krokowego zaznaczają się też często bezmoczem, podobnie zapalenia koło pęcherza i macicy. Przy przepuklinach uwięzniętych spotykamy często moczenie skąpe (prócz zatrzymania), a niekiedy i bezmocz zupełny (według zestawienia Franka nawet w ²/₃ przypadków). Podobnie po rozległem wycięciu jelit bezmocz zjawia się często. Przy robakach u dzieci bezmocz również nie należy do rzadkości (Henoch, Legende).

Przytoczone tu w krótkości przyczyny bezmoczu objaśniają obraz odruchu, działającego na obie nerki z innej okolicy.

W przypadkach tych nerki zwykle są zdrowe, odróżnić też należy przypadki te od przypadków ostrego bezmoczu wskutek podrażnienia lub schorzenia nerek. Tak n. p. wiadomo, że zatrucia ołowiem, formaliną, chloroformem, kwasem siarkowym, muszkami hiszpańskiemi, toksynami i t. p. wywołać mogą bezmocz. Sekcye często nie wykrywają żadnych zmian chorobowych w nerkach tak, że bezmocz odnieść wtedy musimy tylko do podrażnienia tkanki nerkowej. Do tych przypadków zaliczyć zapewne też należy bezmocz, występujący czasem po rozległych oparzeniach skóry.

Bezmocz powstały wskutek ucisku moczowodów, n. p. przy raku macicy, występuje zwykle zwolna, a poprzedza go zwykle moczenie skąpe. Bezmocz zupełny jest tu zwykle już końcowym wyrazem choroby, a mianowicie obustronnego zapalenia miedniczek nerkowych. Bezmocz przy zapaleniu nerek zjawić się może tak na początku, jak i na końcu choroby. Zwykle w zapaleniu nerek przy płonicy zjawia się bezmocz w początkach choroby, a w zapaleniu przewlekłem i ropowem przy końcu. Bezmocz zapalny cechuje się wystąpieniem duszności, wymiotów, zapadu, drgawek, zmian w krążeniu i t. p.

Zjawiskiem codziennem jest nieoddawanie moczu po operacyach w jamie brzusznej. Ma ono przyczynę zwykle bądźto w zatrzymaniu moczu wskutek przekrwienia i obrzmienia tylnej części cewki moczowej, bądź w skurczu szyi pęcherza, bolu przy próbie moczenia, ściśnięciu opatrunkiem, pozycyi leżącej i braku działania tłoczni brzusznej. Mocz znajduje się wtedy zwykle w pęcherzu i często po pierwszem cewnikowaniu chory może go już oddawać. Zdarzają się jednak i to nieraz przypadki bezmoczu lub moczenia skąpego, po operacyach na żołądku, jelitach, wątrobie i na samych nerkach. Przypadki te uważać musimy za bezmocz odruchowy z odruchem, działającym na obie nerki, jak to spostrzegać można po urazach brzucha (kopnięciu, przysypaniu wypadnięciu jelit i t. p.).

Wielu badaczy nie uznaje istnienia bezmoczu odruchowego, powstałego przy zmianach jednej nerki i twierdzi, że bezmocz odruchowy powstać może w razie zajęcia jednej nerki jedynie wtedy, gdy i druga nerka nie jest zupełnie zdrową. Tak n. p. Forgue[2]) powołuje się na częste występowanie bezmoczu zwrotnego przy kamieniach nerkowych, gdzie często zmiany są w obu nerkach. Podobnie Kraft nie uznaje odruchu z jednej nerki; tegoż zdania są: Legue, Merklen i Page. Tak stanowczo sprawy przesądzać nie można, gdyż po pierwsze znamy z piśmiennictwa wiele przypadków niewątpliwego bezmoczu odruchowego

²) Te zmiany chorobowe przy kamieniach są zwykle niewielkiego stopnia. Zwykle kamień zatyka moczowód po jednej stronie a bezmocz występuje i po drugiej. Natomiast po usunięciu operacyjnem kamienia, mocz zaczyna się swobodnie z obu nerek wydzielać, co przemawia właśnie za zatrzymaniem odruchowem.

przy jednej zupełnie zdrowej nerce, a powtóre, choć przyjmiemy, że zmiany w obu nerkach w danym przypadku istnieją, to i tak nie wyłącza to wcale powstawania bezmoczu odruchowego. Aż do chwili bowiem powstania bezmoczu dane części tkanki nerkowej działają dobrze, aż nagle przy zmianie w jednej nerce, zwykle nawet w nerce bardziej zmienionej (n. p. przy kamieniach), zdrowe dotąd części przestają naraz i w drugiej działać. Naodwrót znowu często zmiany chorobowe obustronne wywołują wprawdzie w obu nerkach znaczne zniszczenie, n. p. przy gruźlicy, ale występują i posuwają się powoli, nie wywołują więc nagłego bodźca, odruch też nie występuje i nieraz dopiero przy sekcyi zdumiewamy się, jak dany osobnik mógł żyć z tak bardzo zmienionemi nerkami i jak one mogły wydzielać aż do ostatniej chwili mocz. Ten uderzający niestosunek przemawia właśnie za istnieniem bezmoczu odruchowego. Możemy zwolna wyłączać tkankę nerkową z czynności i dojść do pewnego »minimum«, lecz nagłe wyłączenie wywołuje zaraz niedomogę.

Zachodzi pytanie, ile przypuszczalnie wynosi to »minimum« koniecznej dla życia tkanki nerkowej? Haberer w doświadczeniach swych na zwierzętach stwierdził, że po wycięciu jednej nerki już w tydzień można usunąć $^1/_3$ drugiej, a w cztery tygodnie nawet połowę. U człowieka podobne spostrzeżenia kliniczne również są znane.

1) W naszej n. p. klinice usunął Prof. Kader u 16-letniego chłopca (na jednem posiedzeniu) lewą nerkę z powodu mięsaka, a część prawej z powodu ropnia i wodonercza. Chory zniósł zabieg zupełnie dobrze; pozostała część nerki działała zupełnie sprawnie aż do ostatniej chwili, w której chory z innych przyczyn życie zakończył.

Naodwrót znów spostrzegaliśmy przypadki typowego bezmoczu zwrotnego, gdzie wskutek operacyi na jednej nerce wystąpił bezmocz, choć druga nerka była zupełnie zdrowa.

2) Katarzyna G., l. 25 z Woli Batorskiej. Przyjęta do kliniki 7. III. 1902. Rozpoznanie: prawostronna nerka ruchoma. W moczu żadnych zmian nie znaleziono. D. 13. III. w znieczuleniu lędźwiowem umocował Prof. Kader nerkę z pomocą trzech szwów katgutowych, obejmujących powierzchowne warstwy nerki. 14. III. do 15. III. cewnikiem wydobywano po 400—480 cm³ moczu o wysokim ciężarze właściwym ze śladem białka. Bole głowy, wymioty. 16. III. bezmocz zupełny. 17. III. wydobyto cewnikiem 125 cm³ moczu, wymioty trwają dalej. 18. III. chora oddała sama przez dobę 700 cm³ moczu ze śladem białka. Od 19. III. wydzielanie moczu prawidłowe. W przypadku tym było moczenie skąpe, a potem i bezmocz bez wszelkiej wykazalnej przyczyny. Zakażenia nie było, ciepłota cały czas prawidłowa.

3) I. I., lat 40, przyjęty na klinikę d. 24. IV. 1900 r. Przed rokiem miał się uderzyć silnie w bok prawy. Od 6 miesięcy parcie na mocz, w moczu z małemi przerwami krew. Nerki niemacalne. Przy badaniu cystoskopem stwierdza się krwawienie z prawego moczowodu. Mocz z lewej nerki prawidłowy. Ilość dzienna moczu w granicach prawidłowych. Rozpoznanie: nowotwór nerki prawej. 24. V. operacya (Prof. Kader): W nerce lewej przy obmacywaniu od strony jamy brzusznej zmian nie znaleziono. Nerka prawa nie powiększona. Rozcięcie wzdłuż w pasie Zondeka wykrywa w górnej połowie 2 guzki, każdy wielkości grochu. Makroskopowe rozpoznanie: nadnerczak. Amputacya górnej połowy nerki, potem jednak z obawy, że może i gdzieś głębiej mogą być guzki, wycięcie i reszty nerki. Po operacyi w ciągu pierwszych 36 godzin odchodzi mocz z lewej nerki obficie. Nagle bezmocz zupełny, w 54 godzin śmierć. Sekcya żadnych innych zmian nie wykryła.

Przypadki wspomniane dowodzą dosadnie, że bezmocz odruchowy istnieje. By upewnić się jeszcze w tej sprawie i nieco ją rozjaśnić, postanowiłem przeprowadzić szereg doświadczeń na zwierzętach w celu przekonania się: 1) czy bezmocz odruchowy można wywołać doświadczalnie; 2) jak można powstanie jego wytłómaczyć; 3) kiedy najczęściej i najłatwiej powstać on może; 4) jak odróżnić bezmocz odruchowy od bezmoczu, powstałego wskutek poważnych zmian w obu nerkach; 5) jaki jest wpływ bezmoczu odruchowego na ustrój.

Doświadczenia swoje przeprowadzałem na psach, zresztą jeszcze zupełnie zdrowych, dalej na psach ze sztuczną jedno- lub i obustronną przetoką moczowodowoskórną, a wreszcie na psach, u których w jednej nerce wywoływałem przedtem sztuczną zastoinę moczu lub krwi, albo też stan zapalny miedniczek. Doświadczenia, w których było zapalenie miedniczek, miały dla mnie również wielką wartość, bo objaśniały poniekąd warunki chorobowe kliniczne. U psów zdrowych badałem najpierw jakość moczu i jego ilość dzienną, potem dopiero przystępowałem do operacyi. Operowałem zawsze śródotrzewnie, by módz równocześnie śledzić obie nerki. Cięcie skórne prowadziłem ponad spojeniem łonowem poprzecznie, cięcie przez dalsze warstwy podłużnie. Następnie odosobniałem jeden lub oba moczowody, w danym razie wsuwałem do nich cewniki.

U psów, operowanych powtórnie już z przetoką, mogłem śledzić wpływ uśpienia na wydzielanie się moczu. I tak w okresie podniecenia mocz wydziela się znacznie szybciej z nerek, z nadejściem zaś okresu tolerancyi wydzielanie to staje się znacznie skąpszem. W pół uśpieniu przy cięciu powłok wydzielanie moczu staje się skąpszem, a nawet czasem ustaje zupełnie. Wszelkie manipulacye z nerką i moczowodem, jak skręcanie i zaciskanie, zwłaszcza w okolicy miedniczki, objawiają się ustawaniem wydzielania się moczu z przetoki drugiego moczowodu. Po odosobnieniu i nacięciu jednego moczowodu i wsunięciu weń cewnika dobywa się mocz zwykle spokojnie kroplami (mniej więcej 1 kropla w 10 sekund). Przy odosobnieniu drugiego moczowodu i wsunięciu weń cewnika ustaje zwolna wydzielanie z pierwszej nerki, co trwa zwykle 20 – 30 minut. Samo cewnikowanie moczowodów nie jest zabiegiem zupełnie obojętnym dla wydzielania moczu.

Kapsammer zajmował się szczegółowo tą sprawą i doszedł do przekonania, że po cewnikowaniu n. p. jednostronnem spostrzegać można często następowe przemijające obfite wydzielanie *(polyuria)* z odpowiedniej nerki. To obfite wydzielanie zależy według Kapsammera w prostym stosunku od głębokości, do której cewnik w moczowód się wsuwa. O wiele rzadziej po cewnikowaniu moczowodów występuje bezmocz.

Kapsammer spostrzegał 21-letnią chorą, u której wsunął cewniki obustronnie na 17 cm wysoko. Przez 90 minut odeszło zaledwo 15 cm³ moczu mimo podawania płynów. Po cewnikowaniu biegunka. U jednego z psów w doświadczeniach Kapsammera wystąpił po cewnikowaniu zupełny bezmocz. Wlewanie 2 litrów rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Pies zdechł. Przy sekcyi znaleziono jelita, wypełnione zupełnie płynem.

W doświadczeniach z cewnikowaniem moczowodów jest jednak wielka różnica, czy cewnikujemy moczowody przez pęcherz, czy też wprost z rany moczowodowej. Cewnikowanie moczowodów od pęcherza wywołać może często obfite wydzielanie się moczu, natomiast cewnikowanie z rany moczowodowej wywołać może często moczenie skąpe. Różnica ta polega właśnie na odruchu, biorącym początek

z podrażnienia samegoż moczowodu zranieniem. Dowodów na to dostarcza nam także spostrzeganie kliniczne:

4) Przypadek z kliniki krakowskiej: Postrzał moczowodu lewego u młodej dziewczyny. Bezmocz odruchowy, trwający trzy dni. Następnie wytwarza się przetoka moczowa w boku lewym. Cewnikiem z pęcherza (t. j. z nerki prawej) odprowadza się sporo moczu, natomiast mocz z przetoki wydziela się w ilości 50 cm^3 na 12 godzin.

5) Spostrzeżenie z kliniki krakowskiej: Przypadek rozległego nowotworu pęcherza. Prof. Kader wyciął części chorobowo zmienione, przyczem trzeba było zabrać też i część moczowodu. Zaszycie plastyczne, wsunięcie cewników do moczowodów i wyprowadzenie ich przez pęcherz i cewkę na zewnątrz. Z cewnika, wsuniętego do zranionego moczowodu, dobywał się mocz skąpo, z drugiego natomiast odchodził obficie.

W dalszym szeregu doświadczeń starałem się przekonać, jaki wpływ na drugą nerkę ma nagle powstałe, a dłużej trwające zatrzymanie odpływu moczu po jednej stronie. Nim omówimy tę sprawę, należy się zastanowić, jakie zmiany zachodzą w wydzielaniu moczu wogóle po nagłem zatrzymaniu jego odpływu. Jeżeli podwiążemy nagle moczowód i w ciągu następnej doby badać będziemy nerkę, to spostrzeżemy, że nerka ta staje się najpierw większą i silniej przekrwioną. Miedniczka jest silnie rozszerzona i zawiera u psa po upływie doby około 15 cm^3 moczu mętnego, zawierającego składniki krwi i obficie sole. Czynność nerki po zdjęciu podwiązki ulega także pewnej zmianie. Płyn wydziela się zwykle podobnie, jak i z nerki zdrowej, czasem nieco obficiej. Natomiast przez pewien czas po zdjęciu podwiązki wydziela się bardzo obficie mocznik. Dłużej trwające zaciśnięcie moczowodu wywołuje zwolna wessanie soli, a gromadzenie się wody, czyli znany obraz wodonercza. Z początku więc po podwiązaniu wydzielają się głównie sole, potem zaś głównie woda. Nagłe zdjęcie podwiązki może wpłynąć czasem dodatnio na wydzielanie moczu z drugiej nerki i to w dość znacznym stopniu.

Nagłe zwiększenie ciśnienia w moczowodzie lub miedniczce nerkowej wywołuje zwykle odruchowe zatrzymanie lub zmniejszenie się wydzielania po stronie zdrowej. Szczegółowe doświadczenia w tym kierunku przeprowadził z polecenia Israela, Götzl i stwierdził, że wzmożone parcie w jednej nerce wywołuje odruchowe wstrzymanie wydzielania się moczu w drugiej.

Podwiązanie moczowodu wywołuje zwiększanie się ciśnienia w miedniczce do 40, a nawet 70 mm słupa rtęci (zamiast prawidłowych 10—30 mm). Ciśnienie to z czasem wskutek mechanicznego rozszerzania się miedniczki i moczowodu opada znacznie, czasem nawet poniżej poziomu prawidłowego. Nagłe zwiększenie ciśnienia wywołało i w doświadczeniach moich (Nr 4) nagłe zatrzymanie moczu po stronie drugiej. Wpływ zwiększonego ciśnienia w jednej miedniczce na wydzielanie moczu z drugiej nerki miałem sposobność spostrzegać także u człowieka. U chorego, o którym wspomniałem powyżej (Nr 5), postanowiliśmy z powodu rozpoczynającego się zapalenia miedniczek, przepłókiwać miedniczki przez cewniki. Otóż przy przepłukiwaniu zauważałem stale, że przy wypełnianiu miedniczki mocz coraz powolniej wydobywał się z drugiego cewnika, a w końcu wydzielanie ustawało zupełnie na czas pewien. Objaw ten spostrzegałem stale przy każdorazowem powtórzeniu rękoczynu. W pierwszych chwilach po podwiązaniu moczowodu mocz zwykle wydziela się jeszcze do miedniczki, ale bardzo skąpo, nie może tu być więc jeszcze mowy o zwiększonem ciśnieniu. Zatrzymanie więc moczu w drugiej nerce odnieść w takich wypadkach należy jedynie do odruchu. Dopiero późniejszy, n. p. w kilka dni po zamknięciu światła moczowodu powstały bezmocz w nerce drugiej odnieśćby można do zwiększonego ciśnienia. Odruchowy bezmocz trwać może u zwierząt różnie długo. Po usunięciu przeszkody z moczowodu ustępuje on prawie zaraz, w przeciwnym razie trwać może dalej i skończyć się śmiercią z mocznicy.

Po wycięciu obu nerek lub podwiązaniu obu moczowodów mogą zwierzęta żyć najdłużej 3 dni, przy bezmoczu odruchowym żyją znacznie dłużej. To samo spostrzegamy u ludzi. Opisano przypadki bardzo długo trwającego bezmoczu. Tak n. p. w przypadku Ultzmanna bezmocz trwał 21 dni, w przypadku Whitelawa 25 dni, Gangolphiego 26 dni, Nataliego 27 dni, Saundbyego 28 dni i t. d. Z końcem pierwszego tygodnia trwania bezmoczu zjawiają się zaburzenia w krążeniu i oddychaniu, ślinotok, wymioty, zwężenie źrenic, drgawki mięśniowe, nieprzytomność i t. p. Czasem zaś mimo trwania bezmoczu rysują się te objawy bardzo słabo; zdaje się, że ustrój pozbywa się wtedy inną drogą wytworów trujących. Łączność nerwową między obu nerkami tłómaczą nam liczne połączenia nerwów. Odruch nerkowy bardzo dobrze objaśnia spostrzegany nieraz objaw: występowanie bolu w nerce zdrowej przy schorzeniu przeciwnej. Prócz nagłego zatrzymania odpływu moczu wskutek niedrożności moczowodu lub miedniczki, wywołać mogą bezmocz odruchowy i inne czynniki. O zabiegach operacyjnych na nerce w krótkości już wspominaliśmy. Podobnie uraz nerki, stłuczenie jej, zranienie, pęknięcie lub zmiażdżenie [3]) wywołuje często bezmocz odruchowy. Natomiast przewlekłe cierpienia nerek rzadko wiodą do bezmoczu. Pochodzi to zapewne stąd, że zmiana chorobowa, postępująca powoli, przygotowuje niejako ustrój do tego »minimum« koniecznie do życia potrzebnej tkanki nerkowej. Nic też dziwnego, że nieraz mimo schorzenia nerki, a nawet obu, próby sprawności wypadają dodatnio, a dopiero operacya, lub nagle po niej występująca niedomoga pouczają, że nerki przecież nie miały pełnej fizyologicznej sprawności. Ten ścisły związek czynności obu nerek, jakoteż stwierdzenie, że czasem ciężkie zmiany obustronne nie wywołują bezmoczu mimo operacyi, a naodwrót, nieraz małe zabiegi wywołać mogą bezmocz, zwracać musi baczną uwagę naszą na sprawę bezmoczu odruchowego, W każdym też przypadku zadać sobie musimy pytanie, czy operować nam wogóle wolno, czy nerki ten zabieg zniosą, a raczej, czy nasza operacya nie jest dla nerki czemś niebezpieczniejszem, niż sama zmiana chorobowa. Jasną jest rzeczą, że usunięcie nerki n. p. całkowicie zropiałej lub zajętej nowotworem nie może wpłynąć ujemnie na sprawność nerki drugiej. (Dok. nast.)

[3]) Nepven wspomina o przypadku stłuczenia lewej nerki. Bezmocz następowy zupełny, śmierć. Przy sekcyi znaleziono prawą nerkę zupełnie niezmienioną.

Oceny i sprawozdania.

O roznosicielach duru (Typhusbazillenträger).

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał **Dr E. Stahr.**

(Dokończenie).

A teraz pytanie, czy może być ktoś chronicznym roznosicielem duru, chociaż nigdy na dur nie chorował?

Na to pytanie daje odpowiedź Klinger (l. c.). Zbadał on w ciągu $1^3/_4$ roku w Strassburgu 1,700 osób zdrowych, którzy sami na dur nie chorowali, ani też nie mieli nigdy jakichkolwiek zaburzeń, coby chociaż przypuszczać pozwalały, że przecie może mieli dur bardzo łagodny; ale byli to ludzie, co się stykali z chorymi na dur; wykrył pośród nich 11 roznosicieli duru (6 mężczyzn, 5 kobiet). Prątki jednak niedługo u tych ludzi gościły w jelitach: u 9 znaleziono je tylko po jednym razie, a u pozostałych dwóch znalazł je w jednym przypadku 3 razy w ciągu dwóch tygodni, a w drugim 2 razy w ciągu czterech tygodni. Następne badania zwykle w tygodniowych odstępach dały wynik ujemny. Byli to zatem, jak przeważnie ludzie, co dur przechodzą, ostrzy roznosiciele duru. Stykając się z chorymi nabrali od nich prątków, które nie wywołały u nich zakażenia, choć się w jelitach rozmnażały. Że saprofityzm prątka durowego jest możliwy, udowodnili już dawniej Remlinger i Schneider[4]).

Roznosicieli durowych prątków dzielimy zatem na dwie grupy: na ostrych czyli prowizorycznych roznosicieli, do których należy pewna część (13%) tych, co sami chorowali na dur i pewien odłamek (0,64%) tych, co pielęgnują durowych, zaś około 3% z pośród tych, co dur przechodzili, zostaje chronicznymi roznosicielami prątków durowych, bo wydzielają prątki z kałem ponad kilka tygodni przez miesiące i lata. Ostrzy roznosiciele duru zwykle nie są niebezpieczni, bo albo sami leżą w łóżku pod ścisłą opieką lekarską, albo znajdują się w otoczeniu chorych, a więc tam, gdzie przecie wogóle jest zwrócona uwaga na odkażanie, a wreszcie cała sprawa trwa krótko. Inna rzecz z chronicznymi roznosicielami. Ci mogą zarazę roznosić, a że tak bywa, za tem przemawiają fakta. Oto mała ich wiązanka.

20. maja 1904[5]) zapada na dur w Strassburgu czeladnik piekarski L. R. i umiera w trzecim tygodniu. Mieszkał on i jadał u swej majstrowej E., która, jak podaje, przechodziła sama dur, ale przed 10 laty. Uderzyło ją co prawda w ostatnich latach, że każdy nowo przyjęty do nauki chłopiec czy czeladnik w krótki czas po przybyciu do niej zapadał na jakieś niedyspozycye żołądkowe, ale to z pewnością bywało dlatego, że nagle przechodzili u niej na »za dobry i za obfity wikt«. — 20. maja 1904 stwierdza stacya doświadczalna w Strassburgu, że p. E. jest chroniczną roznosicielką duru. Prątki durowe w sporej ilości znaleziono potem jeszcze w kale p. E. 1. VI., 3. VI., 22. VI. i 5. VII. 1904. Wprawdzie 19. VII. w kale do badania przysłanym prątków nie znaleziono, jednakże wynik badania tego przyjęto do wiadomości z pewnem zastrzeżeniem, albowiem podejrzywano p. E., że przysłała do badania nie swój kał, chcąc się pozbyć tej ciągłej, a wreszcie nieprzyjemnej kontroli, tembardziej, że od 5. VII. już kilkakrotnie wezwaniu odmówiła i kału przysłać nie chciała. I oto 8. sierpnia 1905 rozchorował się u niej jej lokator J. W., który używał wspólnego z nią klozetu, wśród ciężkich objawów duru i 31. sierpnia umarł w klinice. Wtedy policyjnie zmuszono p. E. do udania się na klinikę i tu znowu stwierdzono prątki durowe w jej wypróżnieniach. Wreszcie trzeci przypadek duru zdarzył się w otoczeniu p. E. w r. 1906, który Kayser[6]) odnosi do tego samego źródła.

M. 40-letnia kramarka, jest chroniczną roznosicielką prątków durowych, co stwierdzono na stacyi bakteryologicznej w dniu 24. listopada 1904 r. Dur przebyła przed laty 30, cierpiała potem na żółtaczkę. Od 5 lat dokuczają jej ciężkie napady kolki żółciowej. 20. maja 1904 r. zapada na dur zięć jej, mieszkający u niej, a 17. listopada 1904, lokator jej A. B. Obaj byli leczeni w klinice. Drugi z nich umarł. Innego źródła zakażenia poza p. M. nie można było wykazać. Ponadto w sąsiedztwie p. M. zapadły w tym czasie na dur dwie osoby, które się z nią stykały. U pani M. jeszcze w grudniu 1906 stwierdzono obecność prątków durowych w wypróżnieniach.

A więc w jednym roku zdarzyły się w domostwie chronicznego roznosiciela prątków, cierpiącego na kamienie żółciowe, dwa przypadki duru.

W roku 1905 bada Kayser[7]) pięciu durowych w Strassburgu, jedna osoba z nich zmarła. Wszyscy ci chorzy pijali mleko, pochodzące z tej samej mleczarni. W jednej z okolicznych zagród włościańskich, dostarczających mleka do tej mleczarni, znalazł K. u 12-letniego chłopca obfite prątki durowe w kale po niewątpliwym dawnym durze. Mlekiem pochodzącem z innej mleczarni zakaziło się 17 osób (dwie zmarły), do tej zaś mleczarni dostarczała mleka ze wsi chroniczna roznosicielka duru.

Młoda położnica[8]), od kilku tygodni nie stykająca się ze światem zewnętrznym, jedyna z pośród wszystkich domowników, zapada na dur. Oto matka położnicy, która przyjechała do córki na połóg, mieszka w małem miasteczku, gdzie dur panuje endemicznie. Przeczy, jakoby kiedykolwiek chorowała na dur, przyznaje tylko, że niedawno miała influenzę. Zbadano jej krew i stolec: krew dała odczyn surowiczy dodatni, w stolcach stwierdzono obecność prątków.

Jak wielkiego nieszczęścia przyczyną może być chroniczny roznosiciel duru, tego dowodzi dosadnie doniesienie Baumanna[9]):

Szesnaście przypadków duru wzięło początek od L. E., właściciela ziemskiego, który przeczy, jakoby kiedykolwiek przechodził dur brzuszny, ale cierpi na kamienie żółciowe od lat. W stolcu jego stwierdzono prątki durowe. Zakaził on prawie całe swoje otoczenie i służbę. Zakażenie z wody w tym wypadku wykluczono. Szesnaście przypadków doszło do wiadomości władzy, a kto wie, ile jeszcze osób zakaził, o których się nie dowiedziano, bo może lekko przebiegały, a może utajono.

Uczniowie Kocha, stwierdziwszy w pewnej okolicy, czy w pewnym domu przypadek duru i w otoczeniu jego obecność chronicznego roznosiciela duru, dowodzą, że dur z chronicznego roznosiciela przeniósł się przez zetknięcie na owego chorego. Tymczasem przeciwnicy twierdzą, że rzecz się ma odwrotnie, a mianowicie, że właśnie ów niby chroniczny roznosiciel duru, przebywający w otoczeniu chorego, dlatego ma w swych wypróżnieniach prątki durowe, bo się ich napytał od chorego. Przeciw takiemu sposobowi pojmowania i tłómaczenia sprawy przemawiają poważne dowody. Za zapatrywaniami, głoszonemi przez szkołę Kocha, przemawiają spostrzeżenia kliniczne, na podstawie których przekonaliśmy się, ża prątki durowe już z początkiem duru dostają się do obiegu krwi, z prądem krwi dostają się do wątroby, a tu z żółcią do pęcherza żółciowego, gdzie znalazłszy znakomite podłoże rozwijają się i zatrzymują. Żeby jednakowoż to samo mogło się wydarzyć u zdrowego, przebywającego n. p. w otoczeniu chorego durowego, od którego się do jego przewodu pokarmowego dostały prątki-saprofity, jest bardzo nieprawdopodobnem. Dalej spostrzegano prątki u takich osobników z otoczenia chorego, którzy już z chorym wcale się nie stykali, bo chorych tych odrazu umieszczano w zakładach poza domem. Bardzo za zapatrywaniem szkoły Kocha przemawia ów przypadek majstrowej piekarskiej w Strassburgu i inne. Jednakże najbardziej przekonywającym jest następujący fakt:

H., l. 45, leży od $1^1/_2$ roku na sali Nr 57 w klinice psychiatrycznej w Strassburgu i sali tej od Bożego Narodzenia 1905 nie opuścił. Z końcem lutego 1906 zapada na dur i zaraz przeniesiony na oddział chorób wewnętrznych umiera 12. marca 1906. Wśród kontroli bakteryologicznej towarzyszy chorego z tej samej sali, posługaczy, zakonnic i lekarzy stwierdzono 17. marca 1906 prątki durowe w stolcu zdrowego 68-letniego J. E., pomywacza kuchennego dla sali Nr 57, zajętego w zakładzie od około 10 miesięcy. Dur przebył przed 26 laty. Z wypróżnieniami H. nie zetknął się nigdy J. E., — a przeciwnie przez naczynie mógł choremu H. udzielić prątków i zakazić go.

Że się prątki durowe czasem zatrzymują u ludzi po durze w drogach żółciowych, to rzecz klinicznie już dawno stwierdzona, wszak tak często ludzie cierpiący na zapalenie dróg żółciowych i na kamicę żółciową w wywiadach podają, że przebyli przed laty dur i że dopiero po durze zaczęli zapadać na różne przypadłości ze strony pęcherzyka żółciowego. W kamykach, dobywanych przez operatorów z pęcherzyka żółciowego u takich osób, bardzo często stwierdzano obecność prątków durowych. A z dru-

[4]) Remlinger i Schneider: Annales de l'Inst. Pasteur, 1897, styczeń.

[5]) H. Kayser: Über die Gefährlichkeit von Typhusbazillenträger. (Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte, 1906, str. 176).

[6]) Zobacz: Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte, 1907, str. 227, dopisek.

[7]) H. Kayser: Milch u. Typhusbazillenträger. (Ibidem, 1906, str. 173).

[8]) Levy i Wieber: Centralbl. f. Bakteriologie, XLII, I, 419.

[9]) E. Baumann: Bazillenträger u. Typhusverbreitung. (Arbeiten aus d. kais. Gesundheitsamte, 1908, str. 377).

giej strony to samo dało się już nieraz stwierdzić u roznosicieli duru. Dehler[10]) oczyścił dejekta chronicznego roznosiciela duru z prątków przez cholecystotomię, wypłukanie i drenaż dróg żółciowych. W żółci i kamyku żółciowym, dobytym z woreczka żółciowego zmarłego chronicznego roznosiciela duru stwierdzili obecność prątka durowego Levy i Kayser[11]). Chroniczni roznosiciele duru często zapadają na przypadłości żółciowe, między chronicznymi roznosicielami duru jest więcej kobiet, niż mężczyzn, podobnie też i więcej kobiet cierpi na przypadłości żółciowe, niż mężczyzn — oto są fakty, dowodzące związku istotnego między durem, cierpieniami żółciowemi i kwestyą roznosicielstwa duru.

Chroniczni roznosiciele duru noszą zatem prątki w woreczkach żółciowych, skąd one z żółcią spływają do jelit i dostają się z kałem na zewnątrz. Wynikałoby z tego, że ażeby chronicznego roznosiciela duru bakteryologicznie wyleczyć z zakażenia, należałoby dokonywać zabiegów na woreczku żółciowym, jak to czynił Dehler (l. c.). Jednakże Cramer[12]) zrobił to samo, co Dehler, u jednego obłąkanego chronicznego roznosiciela duru, a i tak po 2 tygodniach zjawiły się znowu prątki w stolcu. Z tego wynika, że prątki mogą się sadowić u roznosicieli duru nietylko w woreczku żółciowym, ale i w wyższych drogach żółciowych, a może i w innych jeszcze narządach, jak trzustce, chyba, żeby przypuścić, że się Cramerowi nie udało doszczętnie woreczka oczyścić. Trudno jednakże dla ochrony otoczenia przed zakażeniem durowem narażać roznosiciela duru na tak ciężki zabieg, jak operacya dróg żółciowych, tem bardziej, że jeszcze nie mamy w tym względzie bezwzględnie pewnego doświadczenia. I dlatego w celach ochronnych należy tylko polecić roznosicielom duru, by nie używali wspólnych klozetów, by po załatwieniu potrzeby naturalnej obmywali odbyt szczotką, zanurzoną w jakimś płynie odkażającym i by dokładnie czyścili ręce, by odkażali swe wypróżnienia i swą bieliznę, by nie spali we wspólnych łożach, by nie dotykali nigdzie niepotrzebnie żadnych pożywek i o ile handlują masłem, mlekiem lub jakimikolwiek materyałami spożywczymi, należy wzbronić im tego zajęcia.

[10]) Dehler: Münch. med. Woch., 1907, 16. VII. i 22. X.

[11]) E. Levy i H. Kayser: Arbeiten aus d. kais. Gesundheitsamte, 1907, str. 254.

[12]) Cramer: zobacz pracę Grimmego: Münch. med. Woch. 1908. 7. I.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Max Neu. **Badania nad znaczeniem nadnercza dla położnictwa.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 3). Część pierwsza pracy omawia skąpe jeszcze piśmiennictwo tego przedmiotu i wyniki dotychczasowych badań innych autorów (Kurdinowski, Kehrer), druga zaś wyniki własnych doświadczeń autora tak na macicy ciężarnej, jak i nieciężarnej. Wykazały one na pewno, że działanie nadnercza rozciąga się nietylko na naczynia, ale i na mięśnie gładkie samej macicy, wywołując wybitne jej skurcze. Obie te własności stwierdził autor przy sposobności wykonania cięcia cesarskiego na zwierzętach zupełnie bezkrwawo, a nadto przy licznych operacyach ginekologicznych u kobiet (zupełne wyjęcie macicy drogą pochwy i jamy brzusznej, amputacye nadpochwowe i i.). Ośmielony tymi wynikami, zastosował autor nadnercze także przy wykonaniu cięcia cesarskiego z następującą amputacyą macicy (Porro) u kobiety. I tu wynik był zdumiewający; prócz lekkiego bowiem krwawienia przez trafienie cięciem miejsca usadowienia łożyska, operacya przeszła prawie zupełnie bezkrwawo. Amputacyę macicy wykonano tutaj z powodu osteomalacyi, nadnercze zdaje się jednak być tym środkiem, który znakomicie zastąpi z konieczności wykonywane wyjęcie macicy po cięciu cesarskiem zachowawczem wskutek ciężkiej atonii. Działanie nadnercza ustaje wprawdzie szybko, ale pozostawia ono po sobie nadzwyczajną wrażliwość mięśnia macicy, która sprawia, że najlżejsze jej drażnienie (ręczne i narzędziami przy operacyi) wystarcza, aby wywołać ciągłe silne jej skurcze. Jak długo jednak użyteczność nadnercza przy zachowawczem cięciu cesarskiem nie została jeszcze wypróbowana, radzi autor przed operacyą podać zapobiegawczo jakiś pewny przetwór sporyszowy, a nadto po otwarciu jamy brzusznej wstrzyknąć do mięśnia macicy w linii planowanego cięcia nadnercze. — Ze sposobów stosowania nadnercza dla celów leczniczych w ogólności, należy bezwzględnie zarzucić wstrzykiwania śródżylne; działanie jest bowiem wówczas zbyt przejściowe, a niebezpieczeństwo wywołania zatrucia zbyt wielkie. Do pierwszych objawów zatrucia należy bladość twarzy i warg, zawroty, nudności i wymioty, uczucie duszenia się; nadto uczucie zimna, potęgujące się czasem do dreszczów, niepokój i kołatanie serca, uczucie strachu i lęku, sinica, rozszerzenie źrenic, zapad. O wiele lepiej i pewniej natomiast działają wstrzykiwania podskórne śródmięśniowe, które przy odpowiedniem dawkowaniu nie wywołują nigdy żadnego wpływu szkodliwego. Pojedyncza dawka wynosi 0,0001, najwyższa zaś 0,0003; wśród wstrzykiwań śródżylnych może dawka 0,00002 być już w wysokim stopniu toksyczna. — Trzecia część pracy omawia stosowanie nadnercza w położnictwie. Autor odradza używać go śródmacicznie w postaci przepłukiwań (1 gr rozczynu 1:1000 w 100 gr fizyol. rozczynu soli) lub gazy napojonej rozczynem 1:1000, jako sposoby niebezpieczne z powodu działania na wielkiej powierzchni i możności wywołania zatrucia. Wstrzykiwań do części pochwowej, polecanych w dawce 0,00005—0,0001—0,0002, autor również nie używa, gdyż nie działają zbyt pewnie, a nadto nie wyłączają możliwości trafienia przytem jakiegoś naczynia i wywołania zatrucia. Oprócz więc powyższych wstrzykiwań podskórnych-śródmięśniowych, poleca autor jako jedynie pewny i racyonalny sposób stosowania nadnercza w położnictwie, wstrzykiwania przez powłoki brzuszne wprost do trzonu macicy. W tym celu chwyta się lewą ręką dno macicy, która i tak leży po porodzie zwykle w przodopochyleniu-zgięciu, przypiera się je do przedniej ściany brzusznej, a prawą ręką wkłuwa się szybko cienką 6—7 cm długą, o 1 mm w średnicy igłę napełnionej i zupełnie powietrza pozbawionej strzykawki Prawatza, 2 palce (4—5 cm) pod pępkiem w linii środkowej przez powłoki brzuszne wprost do mięśnia macicy. Przed wstrzyknięciem należy opróżnić pęcherz moczowy i zbadać wypukiem i macaniem, czy przypadkiem jelita nie leżą między macicą a ścianą brzucha, co zresztą zdarza się bardzo rzadko. Szczególną uwagę należy na to zwrócić u wieloródek z wiotkiemi powłokami, u których macica czasem opada ku tyłowi i leży wprost na kręgosłupie. Przy wkłuciu igły w macicę powinno się natychmiast odczuć zmianę zbitości; tam, gdzie macica jest miękka, należy najprzód przez mechaniczne drażnienie wywołać skurcz, aby móc właśnie odczuć tę różnicę zbitości między powłokami a samą macicą, co nadto ma jeszcze i to znaczenie, że przy skurczu nie tak łatwo trafić można naczynie. Wstrzykując nadnercze w okresie wydalania łożyska, należy się najprzód przekonać o jego usadowieniu, a gdzie się to nie udaje, nie wolno igły zbyt głęboko wprowadzać (najwyżej do głębokości 1,5 cm), celem uniknięcia zatrucia, gdyby igła dostała się do naczynia. Podczas wstrzyknięcia, które powinno się odbywać powoli i pod małem ciśnieniem, należy uważnie badać tętno i obserwować stan ogólny i twarz (wargi), celem natychmiastowego przerwania wstrzykiwań, gdyby wystąpiły pierwsze objawy zatrucia. Dawka pojedyncza waha się między 0,00002—0,0001—0,0003. Skutek występuje tem wybitniej, im wkłucie wystąpiło bliżej dna macicy. Tam, gdzie macica jest miękka i skurczu mechanicznie wywołać nie można, wskutek czego zachodzi obawa, aby igła nie dostała się do naczynia, — lepiej jest wstrzyknąć nadnercze podskórnie, śródmięśniowo, a dopiero gdyby to nie wystarczyło, wykonać drugie wstrzyknięcie wprost do macicy. Przeważnie stosował autor nadnercze w przypadkach krwotoków poporodowych atonicznych przed i po odejściu łożyska. Autor radzi w przypadkach mniej groźnych stosować wstrzykiwania podskórne śródmięśniowe, a dopiero, gdy te nie pomogą lub w przypadkach nagłych i rozpaczliwych, wstrzykiwania przez powłoki do mięśnia macicy. Gdzie jednak zachodzi podejrzenie, że w macicy pozostały resztki łożyska, należy je najprzód usunąć, w przeciwnym bowiem razie krwawienie mimo nadnercza nie zupełnie ustanie. Stosowanie nadnercza przeciw krwotokom z powodu łożyska przodującego może mieć tę zaletę, że przez czasowe zmniejszenie lub ustanie krwawienia pozwala rodzącej przyjść do siebie, a lekarzowi spokojniej pracować. Tam, gdzie przy miękkiej i źle skurczonej macicy koniecznem się staje opróżnienie jej ręczne, czy narzędziami, lub wyskrobanie w późnym okresie połogu, może nadnercze przez wywołanie zbitości macicy zapobiedz łatwemu jej przedziurawieniu. W tych przypadkach wystarcza wstrzyknięcie do części pochwowej. Do wywołania poronienia lub porodu przedwczesnego nadnercze się nie nadaje, może ono jednak wywołać lub znacznie podnieść wrażliwość macicy, co dla wzniecenia bolów ma wielkie znaczenie. Nie wiele należy się spodziewać po stosowaniu nadnercza przeciw źle zwiniętej macicy w późnym okresie połogu. *Dr E. Ehrenpreis.*

Prof. Leopold. **Przyczynek do operacyjnego leczenia połogowego zapalenia otrzewnej i żył** *(thrombophlebitis)*. (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 3). Na podstawie obfitego materyału kli-

nicznego doszedł autor do przekonania, że przy połogowem zapaleniu otrzewnej i ropnicy w następstwie zapalenia żył bez względu na to, czy one powstały na tle zakażenia tryprowego, czy paciorkowcowego, jedyną pewną pomoc stanowi wczesne rozpoznanie i wczesna operacya. Pierwszymi objawami zapalenia otrzewnej lub żył są: szybkie słabe tętno, czkawka, nudności i wymioty, dreszcze. Szczególną należy zwrócić uwagę na tętno, które przy prawidłowej jeszcze ciepłocie i dobrym stanie ogólnym, wznosząc się już w ciągu kilku nawet godzin, może się stać małe, niespokojne i częste. Powoli dołączają się dalsze objawy: wysoka ciepłota, ból całego brzucha lub w podbrzuszu, wzdęcie, stłumienie w bocznych częściach brzucha, a przy zakrzepowem zapaleniu żył nadto bole w »dole owalnym« i obrzęki kończyn dolnych, upadek stanu ogólnego, suchy język i sina zapadła twarz. Już w trzecim dniu po rozpoznaniu rozpoczynającego się ostrego zapalenia otrzewnej należy koniecznie wykonać operacyę, gdyż niebezpieczeństwo wskutek samej choroby jest o wiele większe, aniżeli z powodu operacyi; każdy następny dzień czekania pogarsza rokowanie, tem bardziej, że — jak to stwierdzono przy operacyach — jama brzuszna już po dwóch dniach może być pełna ropy, a osłabienie chorej bardzo znaczne. Czekając jeszcze dłużej można już natrafić na tak zlepione jelita, że dotarcie do wszystkich zaułków ropnych staje się niemożliwe, a toksyny tak już zalały krew i ważniejsze narządy, że chora mimo operacyi ginie. Operacya sama polega na otwarciu jamy Douglasa od strony jamy brzusznej, a w razie potrzeby — jeżeli cięcie powłok w linii środkowej nie wystarcza — na 2 lub 4 cięciach bocznych i następowem sączkowaniu i przepłukiwaniu jamy brzusznej 10 litrami wyjałowionego ciepłego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Przepłukiwania te należy powtarzać 2 razy dziennie, (zawsze dopóty, aż płyn wychodzący będzie czysty), aż do czasu, kiedy tętno i ciepłota się uspokoją, stan ogólny poprawi i wydzielanie z sączków ustanie. Baczną uwagę należy zwrócić na to, aby z otworów sączka nie nastąpiło zakażenie następowe. W przypadkach zakrzepowego ropnego zapalenia żył bez zajęcia otrzewnej, należy zajęte żyły podwiązać i wyciąć. Wskazanie występuje tu wówczas, jeżeli dreszcze, wskazujące na przewleczenie cząstek zakrzepu, powtarzają się w ciągu 1—2 dni.
Dr E. Ehrenpreis.

Adam Czyżewicz jun. **Przyczynek do miesiączkowania jajowodowego.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 1). Na podstawie histologicznych badań jajowodów, wydobytych przy operacyi 6 kobiet, znajdujących się wtedy w różnych dniach okresu przed-, wśród- i pomiesiączkowego, doszedł autor do przekonania, że o miesiączkowaniu jajowodowem w tem znaczeniu, jak ono się odbywa w macicy, mowy być nie może. W czasie miesiączki rozszerzają się wprawdzie naczynia jajowodowe, podobnie jak w całym narządzie rodnym, nigdy jednak krew z naczyń tych nie wydostaje się. Wogóle błona śluzowa jajowodów, nie wydziela nic w czasie miesiączki. Skąpa ilość ciałek krwi, znajdująca się w czasie miesiączki zawsze w jajowodach, pochodzi z macicy, która kurcząc się wciska od czasu do czasu krew do przewodu jajowodów aż do ich ujścia brzusznego, nigdy jednak poza nie. Jednakże tych ciałek krwi już w kilka dni po miesiączce w jajowodach znaleźć nie można, gdyż przez ruch rzęsek nabłonkowych zostają one znowu wprowadzone do jamy macicy. Krew miesiączkowa nie jest krzepliwa. W końcu przekonał się autor, że wyjęcie macicy w czasie miesiączki nie jest niebezpieczniejsze, aniżeli w innym czasie, owszem, zdaje się, że wskutek przekrwienia narządu rodnego w tym czasie, sprawa gojenia się postępuje szybciej. *Dr E. Ehrenpreis.*

Kayser. **Piersi pachowe u położnic.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 2). Zdarzają się one w jamie pachowej w postaci guzów, wielkości małego jabłka lub jaja gęsiego, łatwo przesuwalnych na podstawie i ograniczonych z przodu przez mięsień piersiowy wielki, z tyłu zaś przez mięsień szeroki grzbietu; skóra nad nimi unieść się daje. Znamienny jest brak wszelkiego odczynu miejscowego lub ogólnego, mimo wielkiej wrażliwości guza i gwałtownych bolów przy akcie ssania. W żadnym z 6 przez autora opisanych przypadków nic się z tych guzów wygnieść nie dało, przez nakłucie natomiast uzyskano płyn, który makro- i mikroskopowo odpowiadał mleku; histologiczne badania wyciętej części guza stwierdziły również niewątpliwą budowę gruczołu mlecznego. Guzy te występują niekiedy w czasie peryodów, czasem już w ostatnich miesiącach ciąży, najczęściej jednak w połogu. Rozwijają się one już w 2—4 dniu po porodzie, wśród uczucia bolesnego napięcia, najczęściej obustronnie, zmuszając położnice wskutek bolu przy ucisku ramion do stałego wzniesienia ramion. Od 5—6. dnia połogu guzy te zaczynają ustępować tak, że w 10—14. dniu pozostają już tylko nieznaczne opory. Czasem jednak guzy trwają dłużej, a Goldberg spostrzegał je 16 miesięcy, t. j. przez cały czas karmienia, który to stan w tym przypadku powtarzał się w każdym połogu. Rokowanie jest korzystne. Leczenie wyczekujące, objawowe. W końcu podnosi autor, że guzy te (*polymastia axillaris*) szczególnie często występują u narodów słowiańskich, co już i inni zauważyli.
Dr E. Ehrenpreis.

Meyer. **O czerniakach zewnętrznych narządów rodnych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zeszyt 3). Nowotwory sromu są w ogólności bardzo rzadkie; między niemi mięsaki są rzadsze, aniżeli raki. Z mięsaków sromu stosunkowo często spostrzegano mięsaki barwikowe (czerniaki). Autor podaje historye choroby 37 przypadków mięsaków barwikowych sromu, opisanych w piśmiennictwie i jedno własne spostrzeżenie. Przypadek autora dotyczył 45-letniej panny, u której w rok po całkowitem wyjęciu macicy i lewostronnych przydatków z powodu mięśniaków macicy, wystąpił na prawej małej wardze sromowej guzek czerniakowy, przyczem i gruczoły pachwinowe prawe silnie były powiększone. Na wargach sromowych większych i wielu innych miejscach ciała znajdowały się liczne brodawki i znamiona barwikowe. Operacya natychmiastowa polegała na amputacyi całej wargi prawej od łechtaczki do wędzidełka i doszczętnem wyjęciu wszystkich dostępnych gruczołów; w 16 dni później chora opuściła klinikę. Już jednak po 2 miesiącach wystąpiły świeże obrzęki gruczołów i pierwsze objawy charłactwa ogólnego; w 4 miesiące później chora umarła wśród objawów licznych przerzutów guza pierwotnego. Z tego właśnie powodu, że te guzy czerniakowe tak wcześnie i tak rozległe tworzą przerzuty, należą one do najzłośliwszych nowotworów. Przy uogólnieniu się nowotworu zajęte bywają przerzutami nietylko wszystkie niemal narządy wewnętrzne, ale równocześnie występuje czerniaczkowe zabarwienie błon śluzowych, moczu (*melanuria*), szczególnie przy zajęciu nerek, a nawet krwi (*melanaemia*), objawy dla rozpoznania mnogich przerzutów dość znamienne. Guzy te występują prawie wyłącznie w późnym wieku. Z objawów należy wymienić: uczucie pieczenia i świądu na sromie, obfite, nieraz cuchnące i ciemno zabarwione odchody, nierzadko bole, szczególnie, jeżeli guz rozwija się na łechtaczce lub około ujścia cewki moczowej. Niestety, wszystkie te objawy występują już w okresie późniejszym — objawu zaś wczesnego właściwie niema. Wcześnie już wytwarzające się obrzmienia gruczołów nie polegają na przeroście, lecz są to już przerzuty. Ze względu na nadzwyczajną skłonność do nawrotów rokowanie jest niekorzystne. Leczenie tylko chirurgiczne, o ile możności bardzo doszczętne. Przy niemożności operowania należy się wystrzegać drażnienia guza środkami żrącymi (*ferrum candens*) i używać jedynie środków wysuszających (jodoform, węgiel drzewny sproszkowany i i.); równocześnie należy pamiętać o podtrzymaniu stanu ogólnego przez podawanie pożywnej dyety i arsenu. *Dr E. Ehrenpreis.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Saccharymetr wygodny w użytku podał Walbum. Zasada polega na redukcyi rozczynu Fehlinga. Oznaczenie gotowe jest za 5 minut. Cały przyrządzik składa się z graduowanej rurki i 2 flaszeczek. Ilość cukru odczytuje się wprost na skali rurki. Przyrząd kosztuje 7,5 marek. (Altmann, Berlin). *K.*

Klamerki na brodawki sutkowe podaje Lennhoff. Klamerki te u osób ciężarnych i młodych matek wyrabiają z jednej strony brodawki, a z drugiej wstrzymują niepotrzebną utratę pokarmu i przemoczenie bielizny u kobiet karmiących, zaciskając delikatnie ujście gruczołu. *K.*

Przepuklinowy pasek „Multoform“. Pasek ten daje się rozkładać na części i regulować dowolnie. Przez to w razie zmiany kształtu przepukliny wystarcza uregulowanie, a w razie zniszczenia pewnej części, zamiana na nową, bez potrzeby sprawiania nowego paska. *K.*

Nowa tuberkulina. Prof. Calmette z Lille podał swoją tuberkulinę »Tuberculine C. L. (Calmette, Lille)«, która znalazła już zastosowanie we Francyi. Tuberkulina ta jest 10 razy silniejsza, niż stara Kocha, a różni się ona od innych tem, że zawiera w sobie wszystkie wydzielnicze produkta laseczników, t. j. i z ciał ich i z płynu, użytego do hodowli. *K.*

Celem osiągnięcia delikatnych i wązkich blizn poleca Schanz smarować ranę zeszytą 3—5 dnia po operacyi jodyną; przy dużych ranach powtarza to smarowanie co 2—5 dni. *K.*

Eurofen na pół z kwasem borowym polecał Meissner jako skuteczną zasypkę przy wrzodzie miękkim celem pobudzenia ziarniny i usuwania bolów. Działa tu wolno wywiązujący się jod. Środek ten nie posiada żadnej woni i zastępuje zupełnie jodoform. *K.*

Olejek terpentynowy zaleca Smith (Anglia) łącznie z rącznikowym jako lek tamujący krew przy plamicy krwotocznej (do 8,0 dziennie i więcej). Podobnie działa dobrze ten środek przy krwawiączce, wzdęciach, kolce kiszkowej i t. p. Przy czkawce podaje S. 10 kropli terpentyny i 30 eteru. Przy kamieniach żółciowych 3 razy dziennie 15 kropli. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 15. IX. 1908.

Nadzwyczajne posiedzenie w sprawie nie cierpiącej zwłoki: wysłania przedstawiciela na kongres przeciwgruźliczy w Waszyngtonie — otwarto na koleżeńskiem zebraniu lekarzy z racyi przyjazdu Dra Fronczaka z Buffalo.

Wobec wieści z kraju, że niema nadziei, by tamtejsze towarzystwa lekarzy polskich mogły wysłać swych przedstawicieli do Waszyngtonu, wobec nadesłanych Towarzystwu upoważnień Towarzystw krajowych, Towarzystwo lekarskie w Chicago, jako jedyne zorganizowane Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce, wysyłając swego delegata, faktycznie będzie reprezentowało ogół lekarski polski. Wobec tych kwestyi, które wyjaśniły się na zebraniu, postanowili obecni otworzyć zaraz nadzwyczajne posiedzenie, biorąc na uwagę dostateczną ilość obecnych, oraz to, że wszyscy, do których można było odnieść się telefonem, zostali powiadomieni.

Dr Fronczak przeczytał list sekretarza Zjazdu Dr Fultona, który robił nadzieję wyrobienia prawa dla polskiej reprezentacyi na Zjeździe. Dalej przeczytał list Prof. Dra Ciechanowskiego, redaktora »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie, który zaznacza, że niema nadziei, aby ktokolwiek z Europy mógł być delegowanym na Zjazd i donosi, że kilka Towarzystw lekarskich polskich z Europy prześle upoważnienie do reprezentowania ich na kongresie delegatowi Towarzystwa lekarskiego w Chicago.

Dr Szwajkart wnosi, aby T. L. P. w Chicago wysłało reprezentanta. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

Po krótkich rozprawach uchwalono, by prezes mianował delegata. Zamianowany został Dr Żurawski (na koszt Towarzystwa).

Dr Żurawski wnosi, by w sprawie reprezentacyi polskiej sekretarz Towarzystwa niezwłocznie zniósł się z generalaym sekretarzem Zjazdu.

Dr Fronczak porusza sprawę zwołania Zjazdu lekarzy polskich w Ameryce, co w zasadzie zostało przyjęte, z zaznaczeniem, by T. L. P. w Chicago zajęło się zorganizowaniem Zjazdu.

Na tem posiedzenie zamknięto. Następne odbędzie się po powrocie delegata.

Oprócz Dra Fronczaka, gośćmi Towarzystwa byli: Dr Krajewski i współredaktor »Górnika« z Pensylwanii, p. Chęciński.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Sekcya zwłok króla Jana III.

(Przyczynek do dziejów sekcyi XVII. wieku na podstawie nieznanego protokołu).

Napisał

Dr W. Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Równocześnie przytaczam przekład uskuteczniony przez Dra Tadeusza Trzcińskiego, lekarza z Warszawy.

»Skoro położono przed nami, lekarzami, nagiego trupa Najjaśniejszego Króla, zauważyliśmy brzuch uderzający olbrzymimi rozmiarami, dostrzegliśmy skórę około pach tu i ówdzie zabarwioną na kolor czerwony, dostrzegliśmy również, że przednie powierzchnie goleni były pokryte wielką ilością pustuł i ciemno-czerwonemi plamami.

Po otwarciu klatki piersiowej i brzucha była widoczna warstwa, obciążona wystającym prawie sześciostopowym (może sześciocalowym) pokładem tłuszczu. Sieć pokrywały liczne wypukłe i duże gruczoły.

Kolor jelita cienkiego i grubego wydał się nam nienormalnym — barwa zaś jelita zwanego czczem — sina.

Objętość kiszki grubej była zaiste zdumiewająca zgoła ponad zwykłe wymiary. Sieć nie była dotknięta żadną wadą widoczną dla wzroku, również w żołądku i pęcherzu żadnej skazy godnej zanotowania.

W trzustce dokoła przewodu, przez który sok trzustkowy spływa do dwunastnicy, znaleźliśmy grudki prawie kamiennej twardości, świeżo powstałe i starsze.

W jamie brzusznej znaleziono trzy do czterech funtów czarniawego i złowonnego płynu.

Barwa wątroby zmieniona, zwłaszcza na powierzchni wypukłej, substancya jej rozmiękczona. Przy słabem naciśnięciu z wątroby wydzielał się jakiś ropiasty płyn.

Pęcherzyk żółciowy zgoła nie zawierał żółci i był wypełniony ośmiu kamykami, z których jeden większy, inne zaś nieco mniejsze.

Śledziona zwykłej wielkości i grubości, zewnątrz i wewnątrz jakby poplamiona atramentem. Miękka substancya śledziony łatwo dawała się rozrywać, zupełnie jak tkanka obumarła, stąd należy mniemać, że owa część śledziony była zupełnie zwyrodniałą.

Nerka prawa na objętość mniejsza zawierała większy kamień, który, co dziwna, przypominał poniekąd swym kształtem tarczę, na której jest korona królewska. Nerka lewa do tyla obrosła tłuszczem, że prawie nie była widzialna i, co najgorsza, nacieczona ropą.

W klatce piersiowej płuca koloru czarniawego, substancya ich z przodu flaczasta; wytryska z nich ciecz brudna ropiasta.

Osierdzie, wbrew temu, co zwykle bywa, zwilżone zaledwie kilku kropelkami płynu.

Serce można było nazwać dużem i pojemnem; ani w jego przedsionkach, ani w komorach nic niezwykłego nie znaleziono. Zaznaczamy, że tkanka serca wydała nam się mniej kruchą i mocną, niż to zwykle bywa, co mogło zależeć od podeszłego już wieku króla.

Klatka piersiowa zawierała wielką ilość płynu brudnego z bardzo wstrętnym zapachem.

W jamie czaszkowej żadnej skazy lub zmiany nie było. Niektórzy z chirurgów twierdzili, że mózg był nieco suchy, co jeśli tak było przez naturę urządzone, któż dziwić się będzie, że król takim blaskiem umysłu się odznaczał, że cokolwiek mówił — mówił rozumnie, że wreszcie głowa jego mieściła ducha wyższego rzędu. W substancyi mózgu, jak również w jego komorach i w początkach nerwów nic nienormalnego nie dostrzeżono.

Porobiono głębokie nacięcia na stopach, goleniach i udach, z których to nacięć surowica wypłynęła bujnie i obficie, przynajmniej do 20 funtów na wagę. Z ogólnego pokładu tłuszczowego można było wyciskać surowicę zupełnie jak wodę z napęczniałych gąbek.

Z tej krótkiej relacyi można wywnioskować, ile i jakich przyczyn chorobowych, jakby zbiorowo napadających, skojarzyło się na zgubę króla godnego nieśmiertelności, skoro śmierć zarówno uderza w królewskie wieże, jako i lepianki nędzarzy. I chociaż ledwie który organ był bez winy, bądźto z tych, co służy sprawie odżywiania, bądźto przeznaczonych oddychaniu, jednak sądzimy, że przedewszystkiem zmiany w nerkach wywołały katastrofę. Skoro zaiste nerki zwyrodniały, surowica przestała się wydzielać z ogólnej masy krwi w czasie i miejscu przez naturę ustanowionem, skąd powstała dyskrazya krwi, nadmierne wezbranie surowicy, obrzęki skóry i następcza puchlina wodna brzucha«.

Sekcyę wykonano więc wcale dokładnie, zbadano niemal wszystkie narządy. Techniczna strona, jak na ówczesne czasy, niewiele pozostawia do życzenia; natomiast bardzo niedokładnym jest opis, zwłaszcza narządów wewnętrznych.

Nim przystąpię do oceny krytycznej tego opisu, poświęcę słów kilka sposobowi wykonania sekcyi.

Przed przystąpieniem do otwarcia zwłok zwrócono więc uwagę na ich wygląd zewnętrzny, na zabarwienie i stan powłok zewnętrznych. Następnie otwarto jamę brzuszną i klatkę piersiową. Sądząc z porządku opisywanych narządów wyjęto, czy też rozcięto bez wyjmowania, najprawdopodobniej najpierw jelita i żołądek, następnie rozcięto pęcherz moczowy. Wobec zwrócenia uwagi na trzustkę i jej opisu przed wątrobą, a zaraz

po żołądku, można przypuszczać, że robiący sekcyę, nie wyjmował tych narządów z jamy brzusznej, ale *in situ* je rozcinał i badał. Po trzustce badano wątrobę i woreczek żółciowy, poczem przyszła kolej na śledzionę, którą, opierając się na stosunkowo dość dokładnym jej opisie, prawdopodobnie wyjęto, a nie rozcinano w naturalnem jej położeniu. Nerki, które przedstawiały dla badających największe zainteresowanie, niewątpliwie wyjęto, a następnie rozcięto, przemawia bowiem za tem opis znalezionego w miedniczce nerki prawej kamienia. W ten sposób zbadawszy jamę brzuszną i jej narządy, przystąpiono do klatki piersiowej. Znaleziono więc w niej sporą ilość płynu, poczem badano płuca. Po następowem rozcięciu worka osierdziowego i zwróceniu uwagi na jego zawartość, nastąpiło badanie serca.

Rozcięto je więc, a o tem świadczy nietylko wzmianka o jego pojemności, ale i zwrócenie uwagi na zawartość komór i przedsionków, w tym wypadku, próżnych. Ostatnim narządem był mózg. Po wyjęciu go z jamy czaszki oglądano jej ściany, w protokole bowiem wyraźnie czytamy, że »w jamie czaszkowej żadnej skazy lub zmiany nie było«. Sam mózg porozcinano, badano jego zbitość, komory, wreszcie początki nerwów mózgowych.

Ostatnim wreszcie aktem całej sekcyi były ponacinania skóry na stopach, goleniach i udach.

Jak widzimy, technika sekcyi różniła się od dzisiejszej zmienioną kolejnością badanych narządów; rozpoczęto więc sekcyę od jamy brzusznej, potem badano narządy klatki piersiowej, na końcu zaś jamy czaszkowej. Co do pytania, czy narządy wyjmowano, czy też rozcinano je w naturalnem ich położeniu, to, jak już wspomniałem, na podstawie omawianego protokołu trudno rozstrzygnąć. W każdym razie należy podnieść, że badano prawie wszystkie narządy.

W przeciwieństwie do technicznej strony, opis narządów pozostawia wiele do życzenia. Ta właśnie niedokładność opisu sprawia, że oznaczenie dziś zmian znalezionych w zwłokach króla Jana Sobieskiego, a tem samem zestawienie ich w pewną całość, powiązanie i wytworzenie sobie całokształtu choroby i przyczyny śmierci napotyka na pewne trudności.

Dla wyjaśnienia tych, nieraz znacznych, niejasności i wytworzenia sobie ogólnego obrazu choroby, będziemy musieli sięgnąć do źródeł odnoszących się do zdrowia, względnie do objawów chorobowych króla. Te dopiero, jak zobaczymy, uzupełnią nam do pewnego stopnia obraz zmian pośmiertnych i pozwolą na wyrobienie sobie prawdopodobnego zdania co do choroby i przyczyny śmierci Sobieskiego.

Rozbiór krytyczny opisu znalezionych na sekcyi zmian przeprowadzimy w tym porządku, w jakim zmiany te w narządach w protokole są umieszczone.

Na pierwszy rzut oka uderza robiącego sekcyę brzuch o olbrzymich rozmiarach; rozmiary te były niewątpliwie następstwem bardzo silnie rozwiniętej podściółki tłuszczowej, o czem przekonano się przy przekrawaniu powłok, ale należy je także przypisać znacznemu rozdęciu jelita grubego i nagromadzeniu płynu opuchlinowego, który również stwierdzono. Skóra około pach, na udach i przedniej powierzchni goleni była czerwona; mogły to być plamy pośmiertne lub plamy powstałe na tle rozpoczynającego się rozkładu, umiejscowienie ich i barwa czerwona (a więc, nie sinawa), a dalej i inne okoliczności, o których później, przemawiałyby za plamami rozkładowemi.

Co się tyczy pustuł w wielkiej ilości znalezionych na skórze przedniej powierzchni goleni, to wobec braku dokładniejszego ich opisu trudno orzec, czem były właściwie. Nie jest wykluczonem, że może powstały na tle miejscowo stosowanych środków leczniczych przeciw puchlinie, która utrzymywała się od dłuższego czasu, jak wskazują odnośne źródła, a którą znaleziono także na sekcyi. Że środki takie w postaci plastrów stosowano, wspomina o tem list niewiadomej osoby o chorobie Jana III.[8]), w którym czytamy, że »król zgodził się na poradę chłopka« — a dodać muszę, że król wierzył bardzo znachorom i chętnie poddawał się ich leczeniu — »który z rocznych ziół sporządziwszy odwar, przyłożył na całe nogi plaster. Jakób lękał się tego — czytamy — bo plaster był mokry i zimny. Król czuł jednak folgę w nogach«. Ważnym dla całości obrazu jest stwierdzony nietylko za życia, ale i po śmierci obrzęk tkanki podskórnej i to znacznego stopnia, przedewszystkiem na kończynach dolnych, »z ogólnego pokładu tłuszczowego, mówi protokół, można było wyciskać surowicę zupełnie, jak wodę, z napęczniałych gąbek«. Obecność płynu w klatce piersiowej i jamie brzusznej, wprawdzie »czarniawego i złowonnego« dopełnia obrazu ogólnej puchliny. To, że płyn przedstawiał się brudno i cuchnął, może być tłómaczone tylko początkowym rozkładem, w przeciwnym bowiem razie musielibyśmy przyjąć obecność jakiejś sprawy zgorzelinowej (*gangraena*) i w klatce piersiowej i w jamie brzusznej, przeciwko której przemawia nietylko obraz całej sekcyi, ale także objawy życiowe, wykluczające jakąś ciężką sprawę posoczniczą (septyczną). Zapalenia otrzewnej, przynajmniej ogólnego, nie było, sieć bowiem, jak protokół wyraźnie zaznacza, nie była dotknięta żadną wadą dla oka widoczną, kolor zaś jelit był siny. Zdumiewające rozdęcie kiszki grubej mogło być, w myśl przyjętego początkowego gnicia, następstwem większej ilości wytworzonych gazów gnilnych, o innej bowiem przyczynie tak bardzo rozdymającej jelito, nie wspomina protokół. (Dok. nast.)

8) Bibl. Ord. Myszkowskiej. R. 1860. Listy Jana Sobieskiego, wyd. Bandtkiego i Helcla.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska otrzymała na podanie w sprawie należytości sądowo-lekarskich następującą odpowiedź: »Praes. 4134/1. Do c. k. Prezydyum Sądu krajowego wyższego w Krakowie. Podanie Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej udziela się c. k. Prezydyum z prośbą o postaranie się, by lekarzom znawcom przy komisyach sądowych w razie potrzeby drugiej podwody przypadającą należytość wypłacano. Zasada, iż przy wspólnych komisyach najstarszy członek komisyi uprawnionym jest do zarachowania kosztów wyjazdu, nie przeszkadza, by znawcy w tych przypadkach, w których wspólnie z innymi członkami komisyi wyjeżdżają i w których za zgodą najstarszego członka komisyi drugiej podwody, o ile ta była konieczną, sami dostarczyli, otrzymywali osobno zwrot kosztów za dostarczoną podwodę, pod warunkiem atoli, że lekarz znawca swój rachunek odda temu członkowi komisyi, który jedynie do zarachowania kosztów jest uprawniony, a który ten rachunek własnem partykulare przedłoży do wykonania. Przez to dla urzędu wypłacającego wszelka wątpliwość co do uprawnienia drugiej podwody będzie usunięta i wyasygnowanie należytości zosobna umożliwione. Powyższy reskrypt Ministerstwa sprawiedliwości z dnia 17. marca 1908, l. 6588/8 mam zaszczyt udzielić świetnemu Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w Krakowie do wiadomości, odnośnie do Jej podania z 23. lutego, 1908 h. 64/8, do tegoż Ministerstwa wniesionego. Kraków, dnia 30. marca, 1908. Prezydyum c. k. Sądu krajowego wyższego. *Hausner* m. p.«

Towarzystwo wzaj. pomocy lekarzy we Lwowie odbyło 5. IX. posiedzenie Rady nadzorczej. W d. 1. IX. liczyło Towarzystwo 57 członków; zdeklarowano udziałów 80. Do funduszu gwarancyjnego (wpisowe) wpłacono 330 K, do zapomogowego 870 K, na udziały 2,852 K; z tych 3 źródeł należy się Towarzystwu w r. 1908 jeszcze 3,147 K, w r. 1900 5,200 K. Wybrano komisyę (Dr Zakrejs, Wątorek, Szymański i Damański), która ma ustalić żądania Towarzystwa co do zmian statutu lwowskiej »Kasy chorych dla lekarzy«. Na agentów Towarzystwa, objeżdżających Galicyę, wydano 2,000 K; przysporzyli zaś oni Towarzystwu 4,000 K. (»Tyg. lek.« 41). *R.*

Kursa dla lekarzy odbywają się bezpłatnie w 29 miastach pruskich za staraniem osobnych stowarzyszeń, złączonych między sobą przez komitet centralny z siedzibą w Berlinie; poza tą organizacyą odbywają się kursa jeszcze w 5 innych miastach pruskich i w 19 innych miastach Niemiec (z tych w 15 bezpłatnie). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 4. do 10. X. 1908 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bóbrka (Hranki 4, Brzozdowce 5), Bohorodczany (Maniawa 1), Brody (Koniuszki 1), Buczacz (Krasiejów 6, Trościaniec 1, Zadarów 2), Jarosław (Ostrów 5), Kosów (Chomczyn 1), Lwów pow. (Jaryczów nowy 8), Peczeniżyn (Kosmacz 4), Stryj (Lisiatycze 5, Orawczyk 11), Żółkiew (Różanka 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 4. do 10. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 74 (w tem obcych 23), z nich z gruźlicy 17 (7), zapalenia płuc 6 (1), błonicy 2 (2), płonicy 5 (2), odry 1, duru brzusznego 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. do 10. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 11, płonicy 17 † 5 (2 † 2), odry 31 † 1 (2 † —), duru brzusznego 6 † 1 (1 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. IX. do 3. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych —), płonicy 41 † 3 (3 † 1), odry 2, duru brzusznego 5, gorączki połog. 1 † 1. — Od 4. do 10. X. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych —), krztuśca 1, płonicy 46 † 3 (— † 1), duru brzusznego 2, czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Cholera w Rosyi. Według wykazów urzędowych zaszło od 11. do 17. IX. b. r. w całej Rosyi 3,392 nowych przypadków cholery († 1,377) t. j. o 1,096 więcej, niż w tygodniu poprzednim. Od 17. do 25. IX. zaszło nowych przypadków 4,393 († 2,034), t. j. znów o 1,001 († 657) więcej. W Warszawie zaszły 22. i 23. IX. dwa śmiertelne przypadki cholery (stwierdzone bakteryologicznie) u przejezdnych z Petersburga, a w ostatnich dniach odosobniono kilka osób, które zachorowały wśród objawów podejrzanych.

Wiadomości bieżące.

— Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza kolegów, zdających stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych, by raczyli przesłać Redakcyi (Kraków, Wielopole l. 4), dokładny tytuł pisma, do którego przesyłają sprawozdania, wraz ze swym dokładnym adresem, a to celem zestawienia listy sprawozdawców polskich. Pisma lekarskie polskie uprasza Redakcya »Przeglądu« o powtórzenie niniejszej prośby.

Kraków. Dnia 12. października b. r. odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Obecni byli: komisarz rządowy Dr Bielański, R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz, Drowie: Schoengut, Ackermann, Damski, Dietzius, Gawlik, Kijas, Landau, Łodziński, Różecki, Zaleski. Przedmiotem obrad było ukonstytuowanie się nowej Izby. Wybrano następujący Zarząd: Prezydent: Dr Stefan Schoengut, wiceprezydent: Dr Wacław Damski, członkowie Wydziału: Dr Adam Ackermann (sekretarz), Dr Jan Landau (podskarbi), Dr Wiktor Łodziński. Delegat do krajowej Rady Zdrowia: Dr Adolf Dietzius, zastępca: Dr Stanisław Jabłoński. Do komisyi weryfikacyjnej, jak również do komisyi kontrolującej wybrano Dra Dietziusa i Dra Cwiklicera. Następnie uchwalono w sprawie projektu Wydziału kraj. emerytur dla lekarzy okręgowych odnieść się do komisyi sanitarnej sejmowej.

— Miejska komisya sanitarna odbyła w d. 6. X. b. r. posiedzenie przy udziale krajowego referenta sanitarnego, r. dw. Dr J. Merunowicza. Zastępca fizyka m. Dr Schaitter złożył sprawozdanie z przebiegu chorób zakaźnych w ostatnich dwóch tygodniach. W sprawie poczynionych dotąd zarządzeń przeciwcholerycznych podniósł r. dw. Dr Merunowicz z uznaniem, że w ostatnich czasach w kierunku tłumienia chorób zakaźnych nastąpił w Krakowie znaczny postęp, a mianowicie wskutek zupełnego oddzielenia szpitala epidemicznego, otwarcia domu izolacyjnego, tudzież ewidencyi chorób zakaźnych, która obecnie w Krakowie jest bez zarzutu; następnie wyraził życzenie, aby reorganizacya miejskiego urzędu zdrowia była przyspieszoną, a to głównie przez pomnożenie liczby lekarzy miejskich, a dalej jako bardzo ważną sprawę wskazał budowę nowego szpitala epidemicznego, tudzież rekonstrukcyę zakładu odkażania, w którymby wszystkie czynności były wykonywane tylko pod nadzorem lekarzy. Wreszcie zawiadomił, że ministerstwo spraw wewnętrznych upoważniło namiestnictwo do wdrożenia odpowiednich starań w celu wykonywania badań bakteryologicznych w Krakowie i wyraził nadzieję, że sprawa ta będzie wkrótce pomyślnie załatwiona. — Nad sprawą przewożenia chorych zakaźnych z innych gmin do szpitala w Krakowie, dalej w sprawie budowy studzien w okolicznych gminach, oraz dowozu do miasta nabiału i jarzyn, wywiązała się dłuższa dyskusya, w której zabierali głos profesorowie: Bujwid, Domański, Pareński, Nowak i Ponikło.

— Sprawa gmachu kliniki psychiatrycznej, dzięki nadzwyczaj życzliwemu stanowisku wszystkich powołanych czynników i energicznym zabiegom władz uniwersyteckich i profesorów naszej wszechnicy, wśród których dla przyspieszenia sprawy nie szczędził trudu, czasu i kosztów zwłaszcza Prof. Piltz, przeszła z okresu wstępnych przygotowań w okres wykonania. Pod kierunkiem inż. p. Wentzla rozpoczęły się już przed kilku dniami roboty budowlane na placu Aryańskim. Rozpoczynają się również roboty około drugiego wielkiego zakładu naukowego, z którego poczęści korzystać będą także słuchacze Wydziału lekarskiego, t. j. gmachu fizycznego w sąsiedztwie Biblioteki Jagiellońskiej i »Collegium novum«. Znikł zaś stary budynek, mieszczący niegdyś zakłady anatomii patologicznej i chemii lekarskiej; doszczętne zburzenie tego budynku, pamiętnego wielu pokoleniom lekarskim swą ciasnotą i niewygodą, odsłoniło piękny front gmachu anatomii opisowej, niedawno rozszerzonego przez dobudowanie rozległego prosektoryum i uległego znacznym, a korzystnym przeróbkom.

— Minister oświaty zatwierdził »veniam legendi« z embryologii i anatomii porównawczej, osiągniętą we Lwowie przez Dra Henryka Wielowieyskiego, na Uniwersytet Jagielloński.

— Kalendarz lekarski krakowski, którego redakcyę niedawno poruczyło Towarzystwo lekarskie krak. Doc. Dr L. K. Glińskiemu, wyjdzie w tym roku z druku znacznie wcześniej, niż w ostatnich latach. W kalendarzu wprowadzone zostały, o ile krótki czas pozwalał, liczne poprawki i uzupełnienia, a nadto dodano szereg nowych, oryginalnie opracowanych działów. I tak: Doc. Dr Droba opracował: »Ważniejsze dane z epidemiologii i profilaktyki chorób zakaźnych«, oraz »Kilka uwag o dezynfekcyi podczas i po chorobach zakaźnych«, Dr St. Jankowski: »Ocena stopnia niezdolności do zarobkowania wskutek wypadków«, dalej zawrze kalendarz tegoroczny tablicę porównawczą zdrojowisk polskich z niemieckiemi i innemi obcemi, która ułatwi odciągnięcie publiczności polskiej od zdrojowisk pruskich, a ułożona została według tablicy zasłużonego Dr Dobrzyckiego z Warszawy. Prócz tego przybędą w tegorocznym kalendarzu: wskazówki co do udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, uwagi o sztucznem oddychaniu i t. p. Cały podręcznik terapeutyczny, jak i inne działy, zostały starannie przejrzane i, o ile to było możebne ze względu na krótki czas, poprawione i uzupełnione.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 3. X. b. r. posiedzenie, na którem krajowy referent sanitarny, r. dw. Dr Merunowicz, zdał sprawę o zarządzeniach przeciwcholerycznych w kraju, poczem wydano opinie w sprawie torfu do dezynfekcyi, w sprawie zakładu dyetetyczno-wodoleczniczego w Zakopanem, szpitala w Synowódzku Wyżnem, statutu dla szpitala w Zakopanem, oraz taryf szpitalnych.

— Na LXXXI. posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w dniu 25. IX. b. r., na które przybyli zaproszeni lekarze posłowie, przedyskutowano projekt ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych i wskazano na jej wadliwości. Uchwalono przedstawić te wadliwości w memoryale, który zostanie wręczony wszystkim przewodniczącym klubów sejmowych. Następnie w referacie Prof. Dra Sieradzkiego przyjęto projekt nowej taryfy sądowo-lekarskiej w sprawach karnych i uchwalono wnieść ten projekt na wiecu Izb w Pradze. — LXXXII. posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbyło się dnia 7. X. b. r. Po zawiadomieniu o wykonaniu uchwał Izby co do projektu ustawy dla lekarzy okręgowych zdał prezydent sprawę z wiecu Izb w Pradze. Zaopiniowano rachunek kol. A. w F. za leczenie i podano zasady, na podstawie których należałoby żądać wynagrodzenia za leczenie chorych na jaglicę. Uchwalono umieścić w »Głosie lekarzy« ostrzeżenie organizacyi lekarzy śląskich, a zarazem zwrócić uwagę, by organizacya na przyszłość zwracała się wprost do redakcyi pism. Zarządowi Kasy chorych w K. uchwalono doradzić rozpisanie konkursu. Postanowiono doradzić Dr B. i Dr S. w M., by w sprawie wyższych dyet zwrócili się wprost do ministerstwa. Rozpisanie uzupełniających wyborów do Izby lekarskiej na 30. października b. r. przyjęto do wiadomości.

— Miejska komisya sanitarna odbyła w ostatnim czasie 4 posiedzenia. Na posiedzeniu w d. 19. IX. zażądał Dr Starzewski zbadania, dlaczego mimo wodociągów mnożyć się poczynają w r. b. przypadki duru brzusznego. Upoważniono Dr Rutowskiego, aby w Sejmie wniósł o wprowadzenie do krajowej Rady szkolnej czynnika lekarskiego (w drodze noweli do ustawy). Następnie uchwalono przypomnieć przepisy o opakowaniu masła targowego, wreszcie rozpatrzeć dane w sprawie krajowego szpitala epidemicznego, oraz objęcia przez kraj szpitala św. Zofii, które to dane zużytkuje Dr Rutowski we wniosku sejmowym. — Na posiedzeniu w d. 23. IX. omawiano potrzeby przyszłego krajowego szpitala epidemicznego. — Na posiedzeniu w d. 3. X. poruszył Dr Starzewski sprawę jaglicy wśród dzieci w przytulisku Tercyarzy, fizyk miejski Dr Legeżyński zaznaczył zmniejszenie się

epidemii płonicy, poczem uchwalono podjąć starania o jaknajszybsze wybudowanie krajowego szpitala epidemicznego, zorganizować odkażanie wydzielin chorych durowych, leczących się w domu, zorganizować 3—4 tygodniowy kurs samarytański dla inteligencyi i rozpatrzyć sprawę założenia miejskiego zakładu bakteryologicznego. — Na posiedzeniu w d. 9. X. wydano opinię w sprawie parcelacyi gruntów na t. zw. Kiselce, przyjęto sprawozdanie fizyka Dr Legeżyńskiego o jaglicy wśród dzieci, pomieszczonych w zakładzie Tercyarzy, postanowiono zezwolić na otwarcie z pewnemi zastrzeżeniami tych chederów (z powodu płonicy zamkniętych), do których uczęszcza dziatwa w wieku szkolnym, a wreszcie rozpatrywano sprawę epizoocyi wścieklizny we Lwowie, przyczem podniesiono konieczność założenia krajowego zakładu leczenia wścieklizny we Lwowie i dalszego utrzymania zakładu krakowskiego.

— Ankieta w sprawie szpitala dla chorych zakaźnych we Lwowie odbyła się 3. X. w dyrekcyi szpitala powszechnego przy udziale przedstawicieli miasta, Wydziału krajowego, Namiestnictwa, oraz dyrektora szpitala dla dzieci i prymaryusza oddziału chorób zakaźnych w szpitalu krajowym. Ankieta orzekła, że budowa szpitala jest nagląco potrzebna, że szpital powinien obejmować 200—260 łóżek i zająć przestrzeń około 7-morgową (zamiast proponowanych przez gminę 3 morgów).

— Filię miejskiego zakładu dla chorych nieuleczalnych, pomieszczoną w budynku pokoszarowym przy ul. Zborowskich, a obliczoną na 50 łóżek, otwarto uroczyście 9. X. b. r. Kierownikiem lekarskim filii mianowany został Dr Władysław Kruszyński.

— W półroczu letniem r. szk. 1908 było na Wydziale lekarskim 253 słuchaczy zwyczajnych (wśród nich 33 kobiet) i 5 nadzwyczajnych.

— Kursa dla lekarzy, jak już donosiliśmy, urządza w r. b. Wydział lekarski lwowski od 1—20 grudnia. Program kursów podajemy na końcu numeru. Należy mieć nadzieję, że kursa te cieszyć się będą znacznem powodzeniem, podobnie jak dawniejsze, i że liczny udział uczestników zapewni kursom na wszechnicach galicyjskich trwałość i dalszy rozwój.

— Kursa powtarzania dla położnych mają się powtarzać dwa razy do roku nietylko dla akuszerek lwowskich, lecz także dla galicyjskich. Inicyatorowie kursów odnieśli się o zasiłki i poparcie do rządu i do Sejmu. Pożądane jest urządzenie podobnych kursów i w krakowskiej szkole położnych.

— Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy w sprawie zmiany statutu odbędzie się 7. XI. b. r. o 6 wieczór w lokalu Izby lek. we Lwowie.

— W d. 10. i 11. X. b. r. odbył się w sali ratuszowej Zjazd przedstawicieli wszystkich zdrojowisk galicyjskich pod przewodnictwem właściciela Rymanowa, Jana hr. Potockiego, celem ustalenia wspólnego programu w sprawie podniesienia zdrojowisk i utworzenia Związku zdrojowisk. Omawiano na Zjeździe sprawę ulg podatkowych dla zdrojowisk, asanacyi, kredytu w Banku krajowym, sprawy pocztowe i kolejowe; postanowiono upomnieć się w ministeryum pracy o powołanie przedstawicieli naszych zdrojowisk na ankietę ministeryalną w sprawie podniesienia zdrojowisk, wysłać deputacyę do marszałka krajowego i namiestnika, oraz do posłów sejmowych celem przedstawienia piekących potrzeb zdrojowisk; wreszcie ukonstytuowano się w »Związek zdrojowisk krajowych«. W obradach Zjazdu uczestniczyli z lekarzy: Dr Festenburg, prezydent Izby lek. wsch. gal. i krajowej Rady zdrowia, oraz Dr Müller, zastępca krajowego inspektora szpitali. — Wysłaną deputacyę przyjęli zarówno marszałek krajowy, jak i namiestnik życzliwie, zapewniając, że żądania w sprawie kolei, dróg i t. p. i w sprawie powołania przedstawiciela naszych zdrojowisk do ankiety zdrojowej w Wiedniu mogą liczyć prawie napewno na przychylne załatwienie.

— »Gniazda sieroce« według projektu p. Jeżewskiego, instytucye o wielkiej doniosłości społecznej i społeczno-higienicznej, bronione w ostatnich czasach przeciw różnym zarzutom z powodzeniem przez Doc. Dra Bujaka, mają wkrótce wejść w życie. We Lwowie ukonstytuowało się 6. X. »Towarzystwo gniazd sierocych«, i wybrało komitet centralny, oraz Wydział wykonawczy. Z lekarzy zaproszono do komitetu centralnego dotąd Dra S. Mikołajskiego. Prezesem Wydziału wykonawczego wybrano br. Brunickiego.

— Przy udziale kilkuset uczestników odbył się 11. X. wiec przeciw alkoholizmowi, zagajony przez Dra S. Mikołajskiego. Uchwalono rezolucye, domagające się ustawy o zamykaniu szynków w niedziele, ustaw ochronnych przeciw alkoholizmowi, wreszcie uchwalono wezwanie do społeczeństwa do walki z alkoholizmem.

Warszawa. Czytamy w »Medycynie« (Nr 41): »Na posiedzeniu, odbytem z udziałem Prof. Gluzińskiego ze Lwowa d. 2. b. m., w którem uczestniczyło liczne grono kolegów-internistów z Warszawy, postanowiono od roku przyszłego urządzać corocznie Zjazdy polskich lekarzy-internistów. Pierwszy Zjazd ma być zwołany w r. 1909 w Krakowie po uprzedniem porozumieniu się z kolegami ze Lwowa, Krakowa i Poznania. Termin Zjazdu nie został jeszcze ściśle określony, jedni bowiem koledzy przemawiali za połową lipca, inni zaś za wrześniem. Główne zadanie Zjazdów ma polegać na opracowaniu pewnych z góry określonych referatów. Kierownictwo Zjazdów będzie znajdowało się w rękach stałego biura z siedzibą w Krakowie«.

— Rada Towarzystwa przeciwgruźliczego postanowiła przystąpić niezwłocznie do otwarcia pierwszej »przychodni« (ambulatoryum, dyspensatoryum) dla chorych i zagrożonych gruźlicą, uchwalając na ten cel pożyczyć 1000 rb. z funduszu, zebranego przy założeniu Towarzystwa.

— Szczepienia ochronne przeciw cholerze mają być rozpoczęte w ambulatoryach szpitalnych.

— Dr A. Puławski, dotychczasowy kierownik Nałęczowa, wielce dla rozwoju tego zakładu zasłużony, ustąpił ze swego stanowiska i osiadł na stałe w Warszawie. Kierownictwo Nałęczowa objął Dr Karol Tokarski.

— Dr Seweryn Sterling, redaktor »Czasopisma lekarskiego« w Łodzi, które pod jego znakomitem kierownictwem miało swoje indywidualne piętno i położyło niemałe zasługi w życiu umysłowem prowincyonalnych kół lekarskich, zamierza — jak się dowiadujemy, — ustąpić ze stanowiska redaktora.

Z różnych stron. Na międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym w Washingtonie zostali Dr Fronczak, wicefizyk m. Buffalo i Dr Żurawski, delegat Towarzystwa lekarzy polskich z Chicago (por. protokół posiedzenia Tow. lek. polskich w Chicago w dzisiejszym numerze »Przeglądu lek.«), przyjęci jako przedstawiciele Towarzystw lekarskich i przeciwgruźliczych polskich, oraz zaproszeni na równi z przedstawicielami innych narodowości na przyjęcie w Białym Domu u prezydenta Stanów Roosevelta. Jednakże, — jak nam donosi Dr Fronczak, — komitet Zjazdu nie uznał ze względów politycznych, z obawy powikłań dyplomatycznych, za możliwe, przyznać polskim delegatom przy otwarciu Zjazdu głosu równorzędnego z delegatami narodów, posiadających własny ustrój państwowy, a przedstawianych na Zjeździe przez wysłanników rządowych.

W każdym razie należy się Drowi Fronczakowi i Towarzystwu lekarzy polskich w Chicago wdzięczność i uznanie za to, iż nie szczędząc czasu, trudu i kosztów, starali się uzyskać na Zjeździe w Washingtonie należne nam stanowisko.

W Zjeździe brało udział około 6 tysięcy uczestników. Obrady odbywały się w 7 sekcyach, do których zgłoszono kilkaset wykładów (wśród nich Dr Dłuski i Rospędzihowski z Zakopanego zgłosili wykład: »O badaniach krwi u suchotników«). W połączonej ze Zjazdem wystawie znakomicie przedstawiał się udział Ameryki, Anglii i Niemiec, wszystkich przewyższył jednakże zdumiewająco świetny udział Szwecyi. Udział Francyi był mierny, z Austryi i Rosyi uczestniczyło zaledwo po kilku wystawców.

Najbliższy międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w r. 1911 w Rzymie.

— Najbliższy Zjazd lekarzy i przyr. niemieckich odbędzie się w r. 1909 w Salzburgu.

— III. międzynarodowy Zjazd w sprawach higieny szkolnej, połączony z wystawą, odbędzie się w Paryżu 29. III. do 2. IV. 1910. Wiadomości udziela Dr A. Dinet (11 rue Cernuschi).

— Akademie weterynarskie we Lwowie i w Wiedniu pozyskały prawo wydawania dyplomów doktorskich tym lekarzom weterynaryi, którzy przedstawią samodzielną naukową rozprawę i złożą osobny egzamin doktorski.

— Otwartej w r. z. w Düsseldorfie »Akademii medycyny praktycznej« zagraża zwinięcie z powodu zbyt małej liczby zgłaszających się praktykantów i niedoborów w szpitalach miejskich.

— W Heidelbergu odbyło się 2. X. b. r. uroczyste pożegnanie Prof. Jurasza, urządzone przez jego uczniów i Towarzystwo laryngologiczne południowo-niemieckie (Now. lek. 10).

— Międzynarodowy konkurs na pracę o etyologii jaglicy z nagrodą 1000 K. ogłosił węgierski minister spraw wewn. Termin nadsyłania prac do 31. grudnia 1908. (Adres: Budapest I. Var, Belügyministerium). Prace mogą być napisane w języku węgierskim, niemieckim, francuskim lub angielskim.

— Według »Gaz. med. de Paris« jest wszystkich lekarzy na świecie 228,234, z tego w Anglii 34,967, w Niemczech 22,518, w Rosyi 21,489 (w Królestwie 1,800), Francyi 20,348, we Włoszech 18,245, w Europie razem 162,234. (Med. 41).

— Fundacyę 250.000 koron na wsparcia dla lekarzy potrzebujących pomocy utworzyła w Wiedniu bezimiennie wdowa po lekarzu, powierzając zarząd fundacyi Drom: Adlerowi, Czinerowi, Langerowi, Schiffowi i Schnitzlerowi.

Mianowani: Prof. Zangermeister profesorem położnictwa w Królewcu; Prof. nadzw. Slavik w czeskiej wszechnicy w Pradze zwycz. profesorem medycyny sądowej; Dr Centanni profesorem patologii w Sienie; Dr Paviot profesorem anatomii patol. w Lyonie.

Powołani: anatom Prof. Hochstetter do Wiednia, fizyolog Prof. Thierfelder do Tübingen.

Zmarli: Dr Tytus Szczepański w Jaśle; Dr W. Schrant w 61 r. ż. w Pniewach; Dr Adolf Landau w 45 r. ż. w Łodzi; chirurg Prof. Tauber (niegdyś profesor w Warszawie) i pedyatra Prof. Gundobin w Petersburgu.

Redakcya otrzymała: Jaworski J.: 1) Zdrojowiska i uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. »Gaz. lek.« 1908. 2) O wycieczce do zdrojowisk zagranicznych. »Zdrowie« 1908. 3) Najpilniejsze potrzeby zdrojowisk polskich. »Gaz. lek.« 1908. — Zaleski: W sprawie lecznictwa ludności niezamożnej. Płock 1908. — Janiszewski: 1) Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien? Kraków 1908. 2) Opieka nad chorymi gruźliczymi i walka z gruźlicą w Galicyi. Kraków 1908. — Szumowski: Druga polowa w. XVIII., jako okres przełomowy w dziejach medycyny. »Tyg. lek.« 1908. — Sprawozdanie z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 1. XII. 1906 do 15. V. 1908. — Prot. J. Nowak: Le bacille de Bang et sa biologie. »Ann. d'Inst. Pasteur.« 1908. — Rosenhauch: *a*) Przyczynek do etyologii owrzodzeń rogówkowych. »Post. okul.« 1908. *b*) Kilka przypadków zakażenia narządu wzrokowego prątkami grypy. »Postęp okul.« 1908. *c*) O powstawaniu flory w fizyologicznym worku spojówkowym noworodków. »Akad. Um.« 1908. — Provisional Programm of the International Congress on Tuberculosis. Washington 1908. — Sabl: Kalender für beamtete u. praktische Ärzte f. d. J. 1909. — W sprawie uniwersytetu lwowskiego. Głos Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych. Lwów 1908. — Biblioteque de psychologie expérimentale et de metapsychie. Paris 1908. Bloud et Cie. 1) Vaschide: Les hallucinations télepatiques. 2) Viollet: Le spiritisme dans ses rapports avec la folie. 3) Marie A.: L'audition morbide. 4) Lubomirska: Les prejuges sur la folie. 5) Vaschide i Meunier: La pathologie de l'attention. 6) Laures: Les synesthésies. — Spira: Bericht üb. d. Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israel. Hospitals in Krakau f. d. Jahr 1907. »Arch. f. Ohrenhk.« 1908. — VIII. Sprawozdanie roczne Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży »Pomoc bratnia« w Zakopanem za r. 1807/8.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. października o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Przedstawienie chorych z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza przez kol. Doc. Rutkowskiego. 2) Kol. Prof. Wicherkiewicz wygłosi wykład: »Znaczenie przepłukiwania komórek ocznych przy operacyach zaćmy«.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **we wtorek dnia 20. października** 1908 o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O pielęgnowaniu chorych, kol. Dr Sawicki. 3) Sprawy zawodowe »Tow. wzaj. pomocy lekarzy gal. we Lwowie«, kol. Dr Wątorek. 4) Sprawozdanie o charakterze i przebiegu płonicy, panującej obecnie w Jarosławiu, kol. Dr Orłowski. 5) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szan. Kolegów uprasza biuro sekcyi.

Dr Feldmann, sekretarz. *Dr Wł. Czyżewicz*, przewodniczący.

Nadzwyczajne Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **d. 7. listopada** 1908 o godz. 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11). Porządek dzienny: Wnioski Wydziału w sprawie zmiany statutu.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godz. 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

We Lwowie, dnia 17. października 1908.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim we Lwowie od 1—20. grudnia 1908.

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu od 16. XI. do 1. XII. Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela Prof. Raczyński (Lwów, Sienkiewicza 9).

I. Bakteryologia, farmakologia, patologia: 1) Prof. Biernacki: Hematologia praktyczna, 4 godz. tygodniowo, czesne 20 K. 2) Prof. Kučera: Bakteryologia lekarska, 6 g. tyg., 25 K. 3) Prof. Popielski: O najnowszych środkach lekarskich, 5 g. tyg., 25 K. — **II. Choroby wewnętrzne:** 1) Prof. Gluziński (przy udziale Prof. Renckiego, Doc. Marischlera i Frankego oraz asystentów klinicznych): Kinika chorób wewn. Razem 20 g., 25 K. 2) Prof. Wiczkowski (wspólnie z Dr Selzerem): Dyagnostyka chorób wewn., 3 g., 20 K. — **III. Chirurgia:** 1) R. dw. Prof. Rydygier: *a*) Nowsze sposoby badania i leczenie następowe chorób chirurg., 10 g. tyg. (10—12 rano), 25 K. *b*) Kurs operacyjny, 50 K. 2) Prof. Barącz: Kurs operacyi brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach), 5 g. tyg., 50 K. 3) Doc. Gabryszewski: Ortopedya, 3 g. tyg., 25 K. 4) Prof. Herman: *a*) O leczeniu stanów septycznych, 2 g., 10 K. *b*) O leczeniu złamań kości kończyn, 4 g., 10 K. *c*) Uwagi o niedrożności jelit, 4 g., 10 K. 5) Prof. Schramm: Ćwiczenia w chirurgii wieku dziecięcego, 6 g. tyg., 30 K. 6) Prof. Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne, codziennie od 10—12, 50 K. — **IV. Położnictwo i ginekologia:** Prof. Mars, Prof. Bylicki, Prof. Kośmiński i Prof. Sołowij: Klinika położniczo-ginekologiczna, 10 g. tyg., 40 K. — **V. Choroby skórne i weneryczne:** Prof. Łukasiewicz: Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wener., 5 g. tyg., 20 K. — **VI. Choroby oczne:** 1) Prof. Machek: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych, 5 g. tyg., 20 K. 2) Doc. Bednarski: Kurs wziernikowania, 3 g. tyg., 30 K. — **VII. Choroby nerwowe:** Prof. Halban: Dyagnostyka chorób nerwowych, 5 g. tyg., 20 K. — **VIII. Choroby dzieci:** Prof. Raczyński: *a*) Klinika chorób dzieci (z udziałem Dr Progulskiego), codziennie, 20 K. *b*) Ćwiczenia w intubacyi i tracheotomii (przy pomocy Dra Bielskiego), 2 g. tyg., 20 K. — **IX. Choroby gardła i uszu:** 1) Prof. Jurasz: Klinika chorób gardła i uszu, codziennie, 30 K. 2) Doc. Zalewski: Praktyczne ćwiczenia w badaniu organu słuchu, 6 g. tyg., 30 K. **X. Dentystyka:** Doc. Gońka: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem znieczulenia, tudzież plombowania materyałami plastycznymi, 6 g. tyg., 50 K.

*

L. 2.013/08. **KONKURS.**

Wydział Rady powiatowej w Kosowie rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady **lekarzy okręgowych,** mianowicie w Żabiu i Hryniawie pierwszy okręg obejmuje 3 gminy i tyleż obszarów dworskich, jakoto: Żabie, Jasienów górny i Krzyworównię o ilości 10.986 mieszkańców.

Drugi okręg obejmuje 11 gmin i tyleż obszarów dworskich, mianowicie: Hryniawa, Uścieżyki, Krasnoila, Hołowy, Stebna, Perechrestne, Dołhopole, Polanki. Fereskula, Jabłonica i Berwinkowa w ilości 7.213 mieszkańców z siedzibą w Hryniawie.

Płacy lekarzy okręgowych w Żabiu i Hryniawie ustanowiono w rocznych kwotach po 1.200 Kor., zaś ryczałty na objazdy po 800 Kor.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym we Lwowie, mianowicie § 14 rozp. wykonawczego dla ustawy z 2 lutego 1891 dz. ust. rozp. kraj. Nr. 82 oraz z dnia 12 czerwca 1897 Dz. ust. kraj. Nr. 36.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej i spełniania czynności w ambolatoryum w razie utworzenia go w siedzibie tego okręgu.

Ubiegający się o jedną z tych posad, winien wnieść należycie udokumentowane i ostemplowane podanie do Wydziału Rady powiatowej w Kosowie, najpóźniej w dniu 25 października 1908, i wykazaćże posiada następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;
2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Dowody znajomości leczenia chorób skórnych i wenerycznych;
4) Nieskazitelny charakter;
5) Znajomość języków krajowych;
6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
7) Nieprzekroczony wiek 40 lat; 412
8) Dostateczną fizyczną zdatność.

Podania nieudokumentowane, lub po terminie wniesione, nie będą uwzględnione.

Pierwszeństwo do otrzymania posady będą mieli kandydaci, którzy wykażą się dłuższą praktyką szpitalną na oddziale chorób skórnych i wenerycznych.

Posady te na razie zostaną nadane prowizorycznie poczem może nastąpić stabilizacya.

Kosów, dnia 17 września 1908. Prezes.

L. 4.310. **KONKURS.**

Wydział Rady powiatowej w Gródku Jagiellońskim rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Lubieniu wielkim, który obejmuje 14 gmin i obszarów dworskich z ludnością 12.704 na obszarze 14.606 hektarów z siedzibą lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya służbowa wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na zasadzie § 14, rozporządzenia wykonawczego do ustawy krajowej z dnia 5 października 1906 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 148 wydanego dnia 30 grudnia 1907 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 158.

Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczona została płaca roczna 1.200 Kor. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 700 Kor.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;
2) Dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Nieskazitelny charakter; 416
4) Znajomość obu języków krajowych;
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6) Dostateczną fizyczną zdatność;
7) Nieprzekroczony 40 rok życia.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku Jagiellońskim najpóźniej do 31 października 1908.

Z Wydziału Rady powiatowej w Gródku Jagiellońskim dnia 26 września 1908.

Prezes: *A. Brunicki.*

L. 1.316. **KONKURS.**

Celem obsadzenia opróżnionej posady **lekarza miejskiego** w miasteczku Kozłowie w powiecie brzeżańskim rozpisuje się konkurs do dnia 30 listopada 1908.

Do posady tej przywiązaną jest stała płaca roczna 1.200 Kor. i dodatek połowy dochodów z taks za oględziny zwierząt na rzeź i targi wpłyniętych do kasy gminnej, która ta połowa wynosi przeciętnie 250 Kor. rocznie.

Ponadto przy zawarciu umowy o tę posadę do powyższej płacy zobowiązuje się Zbór izraelickiej gminy wyznaniowej w Kozłowie płacić rocznie kwotę 240 Kor., zaś dzierżawca dóbr ziemskich WP. Kijanowsk irocznie kwotę 360 Kor.

Tak płaca roczna jak i wszystkie dodatki powyżej wyszczególnione będą płatne w miesięcznych ratach zdołu.

Kompetenci o tę posadę winni się wykazać dokumentami:

1) Dymplomem doktora medycyny uzyskanego na Uniwersytecie Państwa austryackiego; 411
2) Znajomość języków krajowych.

Podania o nadanie tej posady udokumentowane wnosić należy na ręce Zwierzchności gminnej w Kozłowie do 30 listopada 1908.

Kozłów, 21 września 1908. Naczelnik gminy: *W. Kasprzyk.*